



STAGE RAC 2019



PROGRAMME

LUNDI 8 juillet

- 9h45 : arrivée des nageurs à la piscine
- 10h00 à 11h45 : ENTRAÎNEMENT
- 12H00 : repas à la cantine de Rochefort
- 14h00 : Baptême de plongée à la piscine
- GOUTER
- 17h00 : initiation secourisme
- 19h00 : ENTRAÎNEMENT
- 21H00 Pique nique et barbecue avec les familles à la piscine

Couchage sous tente dans l'enceinte de la piscine

MARDI 9 juillet

- 8h30 Petit déjeuner à la piscine et rangement du campement
- 10h00 à 11h45 : ENTRAÎNEMENT
- 12H00 : repas à la cantine de Rochefort
- 14h00 : CANOE KAYAK
- 17h00 : GOUTER
- 19h45 : ENTRAÎNEMENT avec tout le club
- 21h00 : fin du stage

COMITE REGIONAL DE NATATION DES PAYS DE LA LOIRE

FICHE SANITAIRE

1 – ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Garçon :

Fille :

Date et lieu du stage : ____/____/____ à

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES (1)	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite					
Ou DT polio					
Ou Tétracoq					
BCG					

(1) si non effectués, joindre un certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin antitétanique présente aucune contre-indication)

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suivra-t-il un traitement médical durant le séjour ? OUI NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans le emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà contracté les maladies suivantes ?

RUBEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES

Asthme : OUI NON Médicamenteuses : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Autres :

Si oui, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir ainsi que les autres difficultés de santé et les précautions à prendre (si automédication, le signaler) :

.....
.....
.....

www.ffnatation-paysde