

FICHE D'INSCRIPTION

STAGES DÉCOUVERTE CANOË-KAYAK 2024

NOM (*enfant*) : PRÉNOM :

Date de naissance : / / Sexe : H F

Adresse :

Code postal : Ville :

Contact des parents :

Portable :/...../...../...../...../...../...../...../.....

E-mail :

Dates des stages Découverte :

Cocher la case	Date	Age	Horaire	Coût
<input type="checkbox"/>	Du lundi 8 au vendredi 12 Juillet	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 15 au vendredi 19 Juillet	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 22 au vendredi 26 Juillet	8 / 12 ans	De 10h00 à 12h00	80 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 22 au vendredi 26 Juillet	13 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 5 août au vendredi 9 août	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 19 au vendredi 23 Août	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 26 août au vendredi 30 août	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne

Pièces à fournir :

- Règlement : 80 ou 100 € (Paiement : espèces, chèque, ANCV ou coupon sport)
- Fiche sanitaire et autorisation parentale
- Fiche du droit à l'image

FICHE SANITAIRE ET AUTORISATION PARENTALE

STAGES DÉCOUVERTE CANOË-KAYAK 2024

1. L'enfant

Nom: Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

N° Sécurité Sociale (de l'enfant, sinon du responsable légal) :

2. Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination) :

Vaccins	Obligatoire	Oui	Non	Date du dernier rappel
Diphtérie	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou DT Polio	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou Tétracoq	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BCG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hépatite B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rubéole Oreillons Rougeole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coqueluche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres (préciser)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

3. Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Allergies :

Le mineur fait-il l'objet d'allergies ? Oui Non

Si oui, précisez les symptômes, la cause et la conduite à tenir :

Indiquez ci-dessous :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

4. Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ? Précisez :

5. Responsable légal de l'enfant

Nom: Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile :/...../...../...../..... Portable :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../..... Email :

6. Personne à contacter en cas d'urgence (si différente du responsable légal de l'enfant)

Nom: Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../..... Travail :/...../...../...../.....

Je soussigné *Mr, Mme, Mlle*

Responsable légal (*Parent ou tuteur*) de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Autorise mon enfant à participer aux stages découverte organisés par l'association C'Chartres Métropole Canoë Kayak pour la saison estivale 2024,
- Autorise le responsable des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant,
- **Atteste que mon enfant sait nager au moins 25 mètres et sait s'immerger (Art.3 – Code du Sport)**
- Prends connaissance que le C'CMCK décline toutes responsabilités en cas de vol ou dégradation d'objets personnels au sein du club.

Fait à

Le

Signature du responsable :

Je soussigné (Nom, Prénom) :

Responsable légal de l'enfant (Nom, Prénom) :

Né le : / /

- Autorise
- N'autorise pas

que mon enfant soit pris en photo et/ou filmé en vue d'une élaboration des supports de communication de C'Chartres Métropole Canoë Kayak (site internet, réseaux sociaux, plaquette, ...).

Fait à

Le

Signature du responsable :