

# FICHE D'INSCRIPTION

## STAGES DÉCOUVERTE CANOË-KAYAK 2026

NOM (*enfant*) : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... / ..... / ..... Sexe :  H  F

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

### Contact des parents :

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

E-mail : .....

### Dates des stages Découverte :

<i>Cocher la case</i>	Date	Age	Horaire	Coût
<input type="checkbox"/>	Du lundi 6 au vendredi 10 Juillet	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 13 au vendredi 17 Juillet (Pas d'activité le 14 juillet)	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	80 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 20 au vendredi 24 Juillet	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 27 au vendredi 31 juillet	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 3 au vendredi 7 Août	8 / 17 ans	De 14h00 à 17h00	100 € / personne
<input type="checkbox"/>	Du lundi 10 août au vendredi 14 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 2026

### 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 ?

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	<b>Scarlatine</b>
<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
<b>Coqueluche</b>	<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>	<b>Oreillons</b>	
<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 2026,
- 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 :