

FICHE D'INSCRIPTION

SAISON 2021/2022

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Portable / autre : ____-____-____-____-____ Tél. dom. : ____-____-____-____-____

Adresse e-mail : _____

Autorise la prise et la diffusion sur différents supports (site Web, bulletins d'informations, affiches...) de photographie(s) ou de vidéos... ..me représentant ...représentant mon ou mes enfants

Accepte de participer aux compétitions à la demande des éducateurs [OUI] [NON]

NOS NATATION SAISON 2021/2022

Décharge pour l'encadrement des nageurs mineurs du NOS Natation

Je, soussigné(e) _____

représentant légal de l'enfant _____

Déclare accepter que la responsabilité du club lors des entraînements et des déplacements ne soit engagée que dans les cas suivants :

- Lors des déplacements (entraînements, compétitions, stages), de la montée du nageur dans le moyen de locomotion proposé par le club jusqu'à la descente, à la fin de la manifestation.
- A la piscine de Nozay, et de Derval de l'entrée du nageur sur les plages des bassins d'entraînement (hors vestiaires), jusqu'à sa sortie des plages des bassins d'entraînement.

Signature des parents

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait le : ____/____/____

A : _____

NOS NATATION SAISON 2021/2022

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Afin de faciliter le diagnostic du médecin et les soins infirmiers immédiats, nous vous serions obligés de bien vouloir remplir le questionnaire médical ci-après :

NOM du Nageur : _____ **Prénom** : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

N° Sécurité Sociale : _____

Nom du médecin traitant : _____ Tel : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Renseignements d'ordre médical importants que vous souhaitez porter à notre connaissance (antécédents médicaux, traitements, allergies...) : en cas asthme, certificat obligatoire pneumologue pour prise de ventoline .

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou au Procureur de la République.

L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je, soussigné(e), le Responsable Légal, Mr/Mme _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Portable / autre : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Tél. dom, : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Autorise le médecin consulté, en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de santé de mon enfant :

NOM : _____ **Prénom** : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Signature des parents

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Fait le : ____ / ____ / _____

A : _____