

# Dossier Régatier

## Saison 2018

### Nom/Prénom du coureur :

Nom/prénom du responsable légal :

Numéro de téléphone du responsable légal :

### RENSEIGNEMENTS ASSURANCES SANTÉ :

Centre de sécurité sociale : .....

Numéro de sécurité sociale :

Centre et numéro de mutuelle : .....

### PIÈCES À FOURNIR :

- Photocopie de la carte d'identité du responsable légal
- Fiche sanitaire de liaison remplie

## Autorisation parentale

Je soussigné(e), Madame Monsieur <sup>(1)</sup>.....  
représentant légal de mon fils ma fille <sup>(1)</sup>.....

- autorise mon enfant à s'entraîner et à régater lors des navigations prévues et encadrées par le Y.C.Rouen 76 du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 décembre 2018.
- autorise tous les membres de l'équipe encadrante du Y.C.Rouen 76 à faire effectuer toute intervention médicale susceptible d'être nécessaire.
- Autorise les encadrants de l'association et les parents accompagnateurs définis sur chacun des déplacements, à transporter mon enfant sur les différents évènements (Stages, entraînements, régates, etc...) prévus dans le programme.
- certifie que l'E.P.I. de mon enfant (gilet de sauvetage) est conforme à la réglementation en vigueur et au poids de celui-ci (dans le cas de l'utilisation d'un gilet personnel)

Fait à .....

Signature :

Le .....



L'ENFANT

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants  
(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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 AIGÛ 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  MEDICAMENTEUSES oui  non   
  
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

**P.A.I.** (projet d'accueil individualisé) en cours oui  non  (joindre le protocole et toutes informations utiles)  
.....  
.....  
.....  
.....

### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

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

## 3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

#### 4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui  non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui  non

#### 5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....

PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : .....

BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :