

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 ⁽¹⁾.....
représentant légal de mon fils ma fille ⁽¹⁾.....

- autorise mon enfant à s'entraîner et à régater lors des navigations prévues et encadrées par le Y.C.Rouen 76 du 1^{er} 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	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou 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

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 :