ALNM Canoe Kayak

Rue Aristide Briand 54550 Pont-St-Vincent

2 06.82.18.02.62

2 06.10.58.70.71 **2** presidence.alnmck@gmail.com



FORMULAIRE D'ADHESION

Renseignements Adhérent :	
Nom:	
Prénom:	
Date de naissance : /	РНОТО
Adresse:	D'IDENTITÉ
Code Postal : Ville :	(Facultative)
Téléphone de l'adhérent:	
e-mail:	
Si vous avez déjà été licencié dans un <u>autre club :</u>	
Numéro de licence : Club :	
Modalité d'inscription : savoir nager au moins 25 mètres être capable de s'immerger être âgé d'au moins 8 ans	
Pièces à fournir : ↓ Certificat médical daté de moins de trois mois, comportant la m pratique du canoë kayak en loisir et compétition" ↓ Autorisation d'hospitalisation, de déplacement et fiche sanitaire ↓ Photocopie de la carte d'identité ↓ Chèque du montant de l'adhésion libellé, à l'ordre de "ALNM of the composition de la carte d'identité	e (pour les mineurs)
Autorisation parentale (pour adhérent mineur):	
Je soussigné	Autorise mon enfant
	ALNM Canoë Kayak et
déclare avoir lu et approuvé les modalités d'inscription.	
Téléphone des parents (à joindre en cas d'urgence) :	
Fait à le	
Signature:	

AUTORISATION DE DEPLACEMENT

e soussignéautorise mon enfan
à être transporté dans le camion de
lub ainsi que dans les véhicules des éducateurs club dans le cadre des entrainements, stage
t compétitions organisés tout au long de l'année par l'ALNM Canoë Kayak.
ait à le
ignature :
AUTORISATION PHOTO
e soussignéautorise l'ALNM Cano
e soussigné
Cayak à prendre et utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de notre enfan
Cayak à prendre et utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de notre enfan
Cayak à prendre et utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de notre enfan
 Cayak à prendre et utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de notre enfante de la prises au cours des activités du club. □ Insertion dans le site Internet du club
 Cayak à prendre et utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de notre enfante
 Cayak à prendre et utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de notre enfante prises au cours des activités du club. Utilisations possibles (cases à cocher) : □ Insertion dans le site Internet du club □ Documents de travail pour les adhérents □ Vidéo pédagogique (débriefing après entrainement, utilisation au club)
 Cayak à prendre et utiliser dans le cadre pédagogique des photos et vidéos de notre enfante prises au cours des activités du club. Utilisations possibles (cases à cocher) : □ Insertion dans le site Internet du club □ Documents de travail pour les adhérents □ Vidéo pédagogique (débriefing après entrainement, utilisation au club)

ALNM Canoë Kayak

R Rue Aristide Briand 54550 Pont-St-Vincent

2 06.82.18.02.62

Signature:

☎ 06.10.58.70.71

 ■ presidence.alnmck@gmail.com



Autorisation d'hospitalisation et intervention médicale d'urgence

Je soussigné:
Nom: Prénom:
Adresse:
Code Postal: Ville:
☎ Domicile:
Portable:
■ Bureau:
Agissant en qualité de parent ou tuteur ⁽¹⁾ de :
Nom: Prénom:
Date de naissance : /
Autorise:
 Le transport à l'hôpital en cas d'urgence Le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie Le médecin à pratiquer une radiographie ou les soins nécessaires
En cas d'accident ou de blessure lors des activités proposées par l'ALNM Canoë Kayak lors des entrainements, stages et compétitions
Autres personnes à prévenir en cas d'accident :
Nom: Prénom:
Adresse:
Code Postal: Ville:
☎ Domicile:
T Portable:
T Bureau:
Fait à le



MINISTERE DE LA IEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FICH	1E	SA	NI	TAI	RE
D	ΕI	.IA	ISC	ON	

Pour les enfants mineurs

DATES ET LIEU DU SÉJOUR:

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG		10			

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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant 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.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES?

	-	1	Ť		
Rubéole	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AI GÜ	scarlatine	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	
COQUELUCHE NON NON	OTITE NON NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON		
ALLERGIES: ASTHME oui non non MÉDICAMENTEUSES oui non non ALIMENTAIRES oui non non AUTRES					
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)					

INDIQUEZ CI-APRÈS:		
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALAE RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES	DIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENE	, HOSPITALISATION, OPÉRATION, DRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTIL	ES DES PARENTS	
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENT PRÉCISEZ.	illes, des lunettes, des prothèses	auditives, des prothèses dentaires, etc
5 - RESPONSABLE DE L'ENFAN'	Г	
		PRÉNOM
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE	: E	BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITAN	NT (FACULTATIF)	
exacts les renseignements portés	sur cette fiche et autorise le respo	responsable légal de l'enfant , déclare onsable du séjour à prendre, le cas échéant, irurgicale) rendues nécessaires par l'état de
1000 - 2003		
Date:	Signature :	