



Comité Départemental de Natation de la Manche

Merci de transmettre ce document par mail au comité départemental de natation de la Manche (ffnmanche@hotmail.fr), accompagné de la fiche sanitaire.

Je soussigné, Madame, Monsieur,

autorisons notre fille / fils

Polo ou compétition à

par le Comité de la Manche de Natation.

à participer au stage de Natation/Water

du

au

Fait à

le :

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Obligatoire, à fournir avant le départ du stage ou de la compétition)

L'ENFANT

NOM: Prénom :

AGE : Sexe : F // M

Né(e) le/...../..... à

LA FAMILLE

RESPONSABLE LEGAL (1) : PERE, MERE, TUTEUR

NOM: Prénom :

Adresse : Tel.

Caisse primaire d'assurance maladie :

N° S.S. :

Mutuelle – Adresse :

N° mutuelle :

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné

(1) père, mère, tuteur, responsable légal de l'enfant déclare :

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du stage ou de la compétition
- J'autorise un responsable du Comité de la Manche à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions
- Je m'engage à rembourser les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels ;
... le

Signature

précédé de la mention "lu et approuvé"

(!) rayer les mentions inutiles

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Taille de tee shirt :

Taille de short :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il eu :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	SCARLATINE	RHUMATISMES
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
ROUGEOLE	OREILLON	ATHME	OTITES	COQUELUCHE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

Interventions chirurgicales subies : lesquelles et dates ?

.....

Indiquez et datez les autres difficultés de santé (accident, crises convulsives, rééducation...)

.....

VACCINATIONS

Remplir soigneusement ce qui suit ou joindre des photocopies du carnet

ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPTHERIQUE – ANTICOQUELUCHEUSE – HEPATITE

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
date	date	date
1 vaccin	1 vaccin	
revaccination	rappel	

Médicaments et soins journaliers (joindre l'ordonnance) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....