



Dossier inscription Stage Allier 2024

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Numéro de sécurité social _____

Adresse _____

Code postal/Ville _____

Adresse e-mail adhérent _____ @ _____

Adresse e-mail parents _____ @ _____

Numéro de téléphone adhérent _____

Numéro de téléphone parents _____

Régime Particulier ou problème de santé :

- _____
- _____
- _____
- _____

Pour toute information supplémentaire, veuillez contacter Brendan, Julien ou David.

Date : _____

Lieu : _____

Signature :

Adhérent *et/ou* parent



Autorisation Parentale



Je soussigné(e), _____ [Nom et Prénom du Parent/Tuteur], donne mon autorisation pour la participation de mon enfant, _____ [Nom et Prénom de l'Enfant], au stage Eau-Vive dans les Gorges De L'Allier du 21 au 26 avril 2024 avec le Kayak Wasquehal Club.

Personne à joindre en cas de problème (Nom, Prénom, téléphone) :

- _____
- _____
- _____
- _____

Document à fournir :

- *Autorisation parentale* si adhérent mineur(e),
- *Fiche Sanitaire Et De Renseignement* pour les mineur(e)s rempli et signer
- Photocopie carte d'identité,
- Photocopie carte vitale

Pour information : Votre enfant à leur droit de venir avec un téléphone. En cas de perte de ou de casse, le club (CA & cadres) se dédouane de toute responsabilité.

Date : _____

Lieu : _____

Signature :

Des parents et/ou responsable légal

FICHE SANITAIRE ET DE RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

Nom : Prénom :
Adresse : n° rue
Code Postal Ville
Né(e) le : Age ans / Sexe M - F / Taille : m / Poids : kg

LES VACCINATIONS

Joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant. Les vaccinations à jour sont obligatoires, sinon joindre un certificat médical datant de moins de trois mois.

Votre enfant est-il à jour de sa vaccination DT Polio ? oui non
Autres vaccinations (précisez svp) :

LES MALADIES

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes :

Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rhumatismes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Angine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Autres (précisez) :

Tout traitement devra être accompagné d'une prescription médicale et d'une autorisation parentale. Joindre obligatoirement l'ordonnance originale récente ainsi que les médicaments correspondants (dans leur emballage d'origine avec la notice et marqué au nom de l'enfant SVP).

Votre enfant est-il sujet aux :
Angines oui non Asthme oui non Rhumatismes oui non

Indiquez les autres difficultés de santé éventuelles (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération) avec leurs dates et les précautions à prendre :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

LES INFORMATIONS MÉDICALES & LA SANTÉ

L'enfant est-il allergique ?
* à un médicament oui non si oui, lequel :
* à un aliment oui non si oui, lequel :
* à autre chose oui non si oui, quoi :

L'enfant suit-il un régime alimentaire (fournir un certificat médical avec protocole svp) ?
* régime végétarien oui non / régime sans porc oui non
* autre régime (précisez) :

L'enfant porte-t-il des lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives ou dentaires (précisez) ?

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? oui non

Autres renseignements ou recommandations importantes (caractère, sommeil, phobies) :

DROIT À L'IMAGE

Sauf refus écrit de votre part, la participation de votre enfant vaut autorisation de diffusion de son image sur les supports de communication de l'association.

Le RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :
Adresse : n° rue
Code Postal Ville
N° de tél. portable : N° de tél. fixe :
Email :
N° de sécurité sociale : Centre payeur :

J'atteste que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et une individuelle accidents corporels C/99 :

Assurance : Compagnie : N° de contrat :
Joignez impérativement une copie de l'attestation de prise en charge de l'organisme concerné (Sécurité Sociale, MSA, ...) en cours de validité.

L'enfant bénéficié-t-il de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ?
 oui non (si oui, veuillez joindre l'attestation)

Je soussigné, père mère tuteur, responsable légal du participant déclare :
• avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions et de séjour,
• autoriser mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
• autoriser les responsables du séjour à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin
• m'engager à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, de transport ainsi que les frais d'hospitalisation éventuels

à le signature :

Informations sur le stage

Date du Stage :

21 avril au 26 avril 2024 (première semaine des vacances d'avril)

Aux Programmes :

- Trois parcours différents adaptés à tous les niveaux :
 1. Prades/Langeac (Classe I & III, environ 14km)
 2. Le Chapeauroux/Pont d'Alleyras (Classe II & III, environ 16km)
 3. Monistrol/Prades (Classe III avec passage IV, environ 10km, réservé aux confirmés)
 4. Prades (lieux d'entraînement et d'échauffement)
- Journée Repos : Prévue en milieu de semaine pour la détente/repos et l'achat de souvenirs.

Logement :

Nous logerons au gîte Chez Marinette à Belmont (43380).

A prévoir :

- Affaire de toilettes
- Sac de couchage, Taie d'oreiller
- Vêtement de ville pour la semaine
- Affaire/vêtement de kayak pour la semaine

Coût du Stage :

135€ par personne (incluant transport, hébergement, et alimentation)

Documents requis :

- Formulaire d'inscription rempli et signer
- *Autorisation parentale pour les mineur(e)s rempli et signer*
- *Fiche Sanitaire Et De Renseignement pour les mineur(e)s rempli et signer*

Si vous désirez joindre votre enfant ou un responsable durant la semaine :

- David (Président) : 06.13.24.52.41
- Brendan (Moniteur) : 07.84.73.48.86
- Julien (Moniteur) : 06.95.55.46.24

Pour toute information supplémentaire, veuillez contacter Brendan, Julien ou David.

Ou envoyer un mail au kayakwasquehalclub@gmail.com

Cordialement.

Le CA du Kayak Wasquehal Club

