



**COMITE
DEPARTEMENTAL
ALLIER**

Secrétariat

7 Impasse des martyrs de la libération
03000 MOULINS
Tél : 06 88 46 55 35
Courriel : fnallier@gmail.com

**FEDERATION FRANÇAISE DE NATATION
COMITE DEPARTEMENTAL ALLIER NATATION**

Saison 2021-20202

SELECTION DEPARTEMENTALE JEUNES

AUTORISATION PARENTALE

NOM DU CLUB :

CORRESPONDANT DU CLUB : NOM :
TEL :

INSCRIPTION DE: NOM : PRENOM

A remplir par les parents :

Je soussigné (e) M père, mère, tuteur

autorise mon fils, ma fille..... né(e) le

à participer à la Coupe des Départements qui aura lieu les 14 et 15 mai 2022 (Piscine d'AURILLAC) dans le cadre de la sélection départementale mise en place par le Comité Départemental Allier Natation.

J'autorise le responsable du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Je m'engage à : régler les frais occasionnés par :
- traitement médical
- dégradation volontaire
- avance de trésorerie au stagiaire

À Le

Signature des parents

(Faire précéder la signature des parents de la mention "lu et approuvé")

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

NOMS :		
Tél. : Domicile		
Tél. : Travail		

*Renseignements médicaux :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT polio				Autres (préciser)	
ou Tétracoq					
BCG					

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

***Observations médicales** : (ex : allergie - maladie - prothèses Préciser les précautions à prendre)

EN CAS DE TRAITEMENT MEDICAL EN COURS, LE SIGNALER

(Apporter l'ordonnance pour présentation en cas de contrôle Anti-Dopage)

Joindre **IMPERATIVEMENT** la photocopie de la carte VITALE