



Secrétariat  
Impasse des martyrs de la libération  
03300 MOULINS  
Tél : 06 88 46 55 35  
Courriel : [ffallier@sfr.fr](mailto:ffallier@sfr.fr)

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

A MOULINS, le 26 mai 2023

Saison 2023

**COUPE DEPARTEMENTALE CATHERINE**  
**PLEWINSKI**

**3 ET 4 JUIN 2023**

**AMBERIEU EN BUGEY**

**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 participer à la coupe Catherine PLEWINSKI d'Ambérieu en Bugey qui aura lieu les 3 et 4 Juin 2023 (Départ le 3 juin, le matin rendez-vous à 09h00 à la piscine de Moulins, retour le 04 Avril 2023) 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

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