



Secrétariat
7, Impasse des martyrs de la libération
03300 MOULINS
Tél : 06 88 46 55 35
Courriel : ffnallier@gmail.com

FEDERATION FRANÇAISE DE NATATION
COMITE DEPARTEMENTAL ALLIER NATATION

Saison 2022-2023

COUPE DES DEPARTEMENTS 2023

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 de France des Départements qui aura lieu les 17 et 18 Juin 2023 (regroupement **au Centre aqualudique de Montluçon Communauté à Saint Victor** à 13h00) dans le cadre de la sélection départementale mise en place par le Comité Départemental Allier Natation.

J'autorise le responsable de la délégation 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
Diptérie				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