

CERCLE DE LA VOILE DE DIEPPE

✉ contact@cvdieppe.fr

☎ 02.35.84.32.99

Bureaux et correspondance :

Quai du Carénage 76200 DIEPPE



Animation Sportive Ecole de Sport

DOSSIER D'INSCRIPTION

2024- 2025

Dates : de septembre 2024 à début décembre 2024 et de mars à fin juin 2025

Lieu : Chaussée de l'Arques Bassin de Paris à DIEPPE

Optimist

Coût du stage : 240 € (l'année) + licence 32 € + cotisation 20 €

NOM :

Prénom :

Support : OPTIMIST

IDENTITÉ DU STAGIAIRE

NOM : Prénom :

Date de naissance :/...../..... N° de licence :

Sexe : Homme Support :

Femme

COORDONNÉES DU STAGIAIRE

Adresse :

Code Postal : Ville :

Noms et Prénoms d'un parent ou tuteur responsable :

Téléphone :

Portable :

Portable / *EN CAS D'URGENCE* (si différent du numéro précédent) :

Email :

Autre personne responsable (si nécessaire) :

.....
.....

PRISE EN CHARGE

Le coût du stage comprend :

- L'ensemble des frais techniques relatifs à l'encadrement (carburant, matériel nautique et pédagogique, prestations entraîneurs).
- La licence club

REGLEMENT

Le règlement est à effectuer par Chèque à l'ordre du Cercle de la Voile de Dieppe ou espèces ou chèques vacances. Il doit être joint avec le dossier d'inscription.

Si vous avez le droit à l'allocation de rentrée scolaire, le Pass Jeunes 76 et le Pass' Sport seront à déduire en nous fournissant la copie des documents.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),.....parent, tuteur légal du
stagiaire.....

- Autorise mon enfant à participer à l'école de sport Voile Légère organisée par le Cercle de la Voile de Dieppe de septembre 2024 à début décembre 2024 et de mars à fin juin 2025 les mercredis hors vacances scolaires de 13h30 à 16h30.
- Autorise les responsables du stage à faire effectuer en cas d'urgence tous les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires y compris son transport dans un établissement hospitalier et à en assurer les frais.
- Autorise N'autorise pas ce dernier à regagner seul son domicile sous ma responsabilité à la fin des activités.
- Autorise N'autorise pas le Cercle de la Voile de Dieppe à utiliser les images ou vidéos qui pourraient être faites durant les séances à des fins promotionnelles.
- Autorise N'autorise pas les différents intervenants ou responsables du stage à transporter mon enfant lors de déplacements relatifs aux activités ou événements organisés à bord du minibus du Cercle de la Voile de Dieppe

Fait à Signature :

Le

HORAIRES :

Optimist : le mercredi de 13h30 à 16h30 septembre à début décembre et début mars à fin juin sauf vacances scolaires.

PROGRAMME :

RAIDS/MANCHES/EXERCICES A THEMES/APPRENTISSAGES THEORIQUES/VOLUME DE NAVIGATION

SE MUNIR DE :

- Certificat médical non-contre-indication à la pratique de la voile en compétition
- Brevet de natation de 25 m ou test d'aisance aquatique ou attestation sur l'honneur du représentant légal de l'enfant à savoir nager 25m et à s'immerger
- Tenue de sport en cas de mauvais temps
- De quoi écrire
- Une tenue adaptée de navigation (combinaison, chaussons, lycra ou caleçon en fonction température) (voir avec le club si besoin)
- Une serviette de bain



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

ALLERGIES : ASTHME Oui Non MÉDICAMENTEUSES Oui Non
ALIMENTAIRES : Oui Non AUTRES : _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? Oui Non Occasionnellement
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? Oui Non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM :
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :
.....
.....
TÉL. Mère – PORTABLE : DOMICILE : BUREAU :
TÉL. Père – PORTABLE : DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) :

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

N° de sécurité sociale :

Date : Signature :