

INSCRIPTION STAGE « DU TRIATHLON POUR ELLE »

7-8 AVRIL 2018 - C.R.J.S D'Aubigny sur Nère

Vous êtes licenciées en triathlon dans la catégorie cadette, junior, sénior ou master, depuis plusieurs années ou récemment, vous cherchez à :

- découvrir cette activité,
- rencontrer d'autres féminines,
- pratiquer les disciplines enchainées entre féminine,
- vous motiver pour votre saison compétitive,
- élargir vos connaissances et trouver des nouvelles idées,
- partager votre expérience.

Alors n'hésitez pas, venez passer un week-end de stage sportif et conviviale vous permettant de vous aguerrir à la pratique des disciplines enchainés !

Niveau de pratique minimum : réaliser de façon hebdomadaire 3h de sports dans différentes activités. Vous êtes capable de faire une sortie vélo de route d'au moins 30 km, à 20km/h.

Différents groupe de niveau seront mise en place, permettant à chacune de pratiquer en fonction de son niveau de pratique (débutant, initié ou expert dans l'activité).

NOM : PRENOM :

Née le : CLUB :

Adresse personnelle :

Téléphone fixe :...../...../...../...../..... Portable :...../...../...../...../.....

E-mail :

Observations - informations diverses (régime alimentaire, dispenses de pratiques, blessure, traitement...)

.....
.....

Catégorie en 2018 = Cadette Junior Sénior Master

Nombre d'années de pratique du triathlon :

Afin de finaliser l'inscription au stage de Ligue féminin du 07 au 08 avril 2018, merci de m'envoyer par mail (vircaille@gmail.com) avant le 25/03/2018 et d'apporter le premier jour du stage l'ensemble des documents correctement remplis (fiche d'inscription ainsi que l'autorisation parentale et la fiche sanitaire pour les mineurs). Concernant la facturation du stage (60€), elle sera adressée au club respectif pour règlement direct auprès de la Ligue du Centre Val de Loire.

AUTORISATION PARENTALE (pour les mineurs)

Je soussigné(e) Mr ou Mme..... responsable légal, autorise ma fille..... née le..... à suivre le stage de triathlon organisé par la Ligue du Centre Val de Loire de Triathlon qui se déroulera à AUBIGNY-SUR-NERE du 07 au 08 avril 2018.

J'autorise par la présente en cas d'accident (rayer les mentions refusées)

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire
- Le responsable du stage à prendre toutes mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins
- Le responsable du stage à prendre l'enfant en charge à la fin du stage et uniquement en cas d'indisponibilité absolue du représentant légal du mineur.

Le.....à.....

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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 | | | | | |

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

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

TÉL. FIXE (ET 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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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