

DOSSIER D'INSCRIPTION

Saison 202.... / 202...

Piscine Louis Starzinsky – 1 cours Charles de Gaulle – 17100 SAINTES

07 81 05 25 59 – cnssaintes17@gmail.com

<https://cns-saintes.sportsregions.fr/>

Renseignements Administratifs

Pratiquant(e)

Nom	<input type="text"/>	Adresse domicile <i>uniquement si majeur(e)</i>	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Adresse mail <i>uniquement si majeur(e)</i>	<input type="text"/>
Lieu de naissance	<input type="text"/>	Portable <i>uniquement si majeur(e)</i>	<input type="text"/>

Représentants légaux si Pratiquant(e) mineur(e)

Représentant légal 1

où le/la Pratiquant(e) mineur(e) est domicilié(e)

Représentant légal 2

Nom et prénom	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lien avec le(la) mineur(e)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Portable	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profession et employeur non obligatoire	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse si différente de celle du/de la Pratiquante(e) mineur(e)		<input type="text"/>

Droit à l'image

Je soussigné(e)

Pratiquant(e)*
uniquement si majeur(e)
 Représentant* légal de
Si Pratiquant(e) mineur(e)

Nom et Prénom du/de la Pratiquante(e) mineur(e)

Autorise* à titre gracieux (sans contrepartie financière), la diffusion du prénom et de photographies, vidéos, commentées ou légendées, réalisées en relation avec la pratique du **sport** et/ou lors des actions du Club, **des Comités départemental et régional, de la Fédération** où figure l'image du/de la Pratiquante(e).

Les objets diffusés respecteront l'anonymat sur le nom de famille uniquement et ne porteront pas atteinte à l'honneur et à la réputation du/de la Pratiquante(e).

N'autorise pas* une telle diffusion.

* Cochez la ou les case(s) utile(s).

La responsabilité du club est engagée uniquement à partir du moment où les enfants mineurs sont au bord du bassin **et** en présence de leur entraîneur. Il appartient au(x) représentant(s) légal(aux) de s'assurer de la présence de ce dernier au début de chaque entraînement. Une fois l'entraînement fini, les enfants mineurs sont sous la responsabilité du ou des représentants légaux.

Une fois les 2 séances d'essai réalisées, toute cotisation réglée reste acquise au club et ne pourra faire l'objet d'un remboursement en cours d'année.

Chartre du club

Je soussigné(e)

Praticant(e)*
uniquement si majeur(e)

ou

Représentant* légal de
Si Praticant(e) mineur(e)

Nom et Prénom du/de la Praticante(e) mineur(e)

Reconnait

Avoir reçu un exemplaire de la chartre du club et m'engage à la lire (ou la lire à mon enfant).
L'adhésion au club implique le respect de celle-ci par l'ensemble des adhérents, y compris moi-même et/ou mon enfant.

* Cochez la ou les case(s) utile(s).

Renseignements sanitaires (Si groupe compétitions => ne pas remplir et remplir fiche sanitaire séparée)

N° téléphone portable joignable immédiatement en cas d'urgence

Nom et N° de téléphone du Médecin
traitant

Le/la Praticant(e)
souffre-il(elle) ?

d'allergie médicamenteuse*

d'allergie alimentaire*

de diabète*

d'asthme*

d'épilepsie*

autre à préciser* _____

Précisez la(les)
cause(s) d'allergie

Indiquez la conduite à
tenir en cas de crise

Le/la Praticant(e) dispose-il(elle) d'une automédication dans son sac de sport ?

Oui*

Non*

Le/la Praticant(e) est-il(elle) habitué(e) à l'emploi de cette automédication ?

Oui*

Non*

Le/la Praticant(e)
porte-t-il(elle) ?

des lunettes*

des lentilles de contact*

des prothèses dentaires*

des prothèses auditives*

des prothèses orthopédiques à préciser* _____

autres prothèses à préciser* _____

Autorisation de prise de mesures de soins en cas d'accident

Je soussigné(e)

Praticant(e)*
uniquement si majeur(e)

ou

Représentant* légal de
Si Praticant(e) mineur(e)

Nom et Prénom du/de la Praticante(e) mineur(e)

Autorise*

N'autorise pas*

les Dirigeant(e)s/Éducateurs-trices licencié(e)s du Club à prendre les mesures rendues nécessaires en cas d'accident survenu en relation avec la pratique de la natation sur le/la pratiquant(e) désigné(e) ci-dessus (ex : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, recours aux pompiers et SAMU pour soins d'urgence et transport vers un hôpital...)

Ne pas autoriser signifie qu'un Représentant légal du nageur/se majeur(e) ou mineur(e) assistera à tous les entraînements, compétitions, tournois, rassemblements, sélections, actions... à domicile comme à l'extérieur.

Le ou la Soussigné(e) déclare exactes les informations portées sur l'intégralité de ce dossier d'inscription et s'engage à prévenir le CNS par mail cnsaintes17@gmail.com de toute modification des informations fournies ci-dessus

Date et signature de l'adhérent(e) ou de l'un de ses responsables légaux