



## AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS (pour les – de 18 ans)

Je soussigné ..... Parent, Grand-Parent, Tuteur de ..... déclare que mon enfant est en bonne santé et ne présente pas de contre indication à la pratique des activités nautiques. Je l'autorise à participer aux activités du Centre Nautique du Pays d'Aubigné aux dates indiquées.

Autorise / N'autorise pas\* les médecins à faire pratiquer sur lui (elle) tous les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires en cas d'urgence.

*\*rayer la mention inutile*

**La responsabilité des organisateurs ne s'étend pas en dehors des activités du stage.**

Fait à ..... Le ..... **Signature :**

### DROIT A L'IMAGE

J'autorise le centre nautique à le prendre en photos dans le cadre des activités du centre nautique.

J'accepte l'utilisation de l'image de mon enfant mineur pour communiquer sur l'activité, illustrer des plaquettes publicitaires du domaine et/ou pour le site Facebook de l'étang de Boulet.

Fait le : ..... **Signature :**

### Attestation Natation

Je ne suis pas en mesure de fournir un brevet de natation ou test d'aisance mais j'atteste que mon enfant est capable de nager 25 mètres (avec brassière) et est à l'aise dans l'eau.

Fait le : ..... **Signature :**

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 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

### 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, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

### RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

.....

*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.*

A :

Date :

Signature :