



Aquatic Club Molsheim Mutzig

FICHE DE LIAISON 2017-2018

Valable de septembre 2017 à juin 2018

Cette fiche est obligatoire mais elle ne constitue pas une fiche d'inscription, elle la complète. Elle restera à la piscine afin de faire face à une éventuelle situation d'urgence.

L'inscription est obligatoire au préalable sur le site : www.acmolsheimmutzig.fr

Membre	Représentant légal si le membre est mineur
NOM :	NOM :
PRENOM :	PRENOM :
Adresse :	Adresse :
CP..... Ville.....	CP..... Ville.....
Adresse email :	Adresse email :
Téléphone :	Téléphone :

Je soussigné (e), déclare être informé (e) :

- **que mon inscription sera prise en compte**
 - dans un 1er temps sur le site internet de l'AC2M
 - dès réception du règlement complet de la cotisation (si celui-ci n'est pas effectué par CB sur le site) et de cette fiche de liaison renseignée et signée par le membre et le représentant légal et dont le certificat médical (ci-dessous) est complété par un médecin
- que l'attribution des bourses et aides est soumise à vérification des modalités correspondantes.
- de mon droit d'accès et de rectification aux informations transmises selon les directives de la CNIL. Je peux exercer ce droit auprès de l'AC2M, aux coordonnées de l'Association (AC2M, 8 route des loisirs 67190 MUTZIG).
- de l'utilisation possible de mon image, durant toute la saison, dans le cadre des activités de promotion de l'association sur tout support de communication, (site internet de l'AC2M, programme, espace multimédia, ...)
- de la transmission de mes coordonnées postales sauf si l'une ou l'autre des deux phrases précédentes sont barrées.
- des modalités d'assurance de base incluses dans l'adhésion et de la possibilité de souscription d'options complémentaires pour lesquelles je contacterai le club séparément par écrit.
- Je m'engage à respecter les statuts et règlement intérieur de l'association et du centre nautique (sur le site).

Date et signature du représentant légal :

Signature du membre :

Signatures
Obligatoires

CERTIFICAT MEDICAL

à faire remplir par un médecin et valable pour la saison 2017/2018

Je soussigné

Certifie avoir examinéné(e) le

Et n'avoir constaté aucune contre indication à la pratique de la natation. En compétition

En date du Signature et cachet du médecin :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

Nom :

Prénom :

Les informations suivantes ne font l'objet d'aucun traitement informatique. Elles sont conservées à la piscine et sont recueillies afin de faire éventuellement face à une situation d'urgence qui surviendrait pendant votre activité ou celle de votre enfant et de permettre la meilleure prise en charge possible.

Vaccins

*Date du dernier rappel
(se référer au carnet de santé ou
aux certificats de vaccination)*

Diphtérie _____
Tétanos _____
Poliomyélite _____
ou DT polio _____
ou Tétracoq _____
BCG _____
Hépatite B _____
Coqueluche _____
Autres (précisez) _____

Allergies

Asthme	oui	non
Alimentaires	oui	non
Médicamenteuses	oui	non

Autres : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il eu
les maladies suivantes ?

Rubéole	oui	non
Varicelle	oui	non
Angine	oui	non
Rhumatisme articulaire aigu	oui	non
Scarlatine	oui	non
Coqueluche	oui	non
Otite	oui	non
Rougeole	oui	non
Oreillons	oui	non

Indiquez ci-après les difficultés de santé éventuelles en précisant les précautions à prendre ou toute recommandation utile. (Port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, appareil dentaires, etc...).

Je soussigné, (Nom, Prénom) : _____

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

Date :

Signature :

Médecin traitant

Nom :
Ville :
Téléphone :

Personnes de l'entourage familial à contacter en cas d'urgence :

1. Nom :	Prénom :	Tél :
2. Nom :	Prénom :	Tél :
3. Nom :	Prénom :	Tél :