**LE PRESENT DOSSIER :**

**EST A COMPLETER POUR TOUS LES NAGEURS**

**EST A REMETTRE SOUS ENVELOPPE FERMEE**

**LORS DE L’ARRIVEE AU STAGE**

**SI ALLERGIE(S) ALLIMENTAIRE,**

**LE COMMUNIQUER AU PREALABLE.**

**L’ENVELOPPE SERA REMISE FERMEE**

**LORS DE LA FIN DU STAGE**

**SAUF SI, POUR DES RAISONS SPECIFIQUES,**

 **CELLE-CI AURAIT DU ÊTRE OUVERTE**

**MERCI DE VOTRE COMPREHENSION**

Fiche médicale

**A COMPLETER PAR LA PERSONNE EXERÇANT L’AUTORITÉ PARENTALE**

Nom : ............................................................

Prénom : ............................................................

Groupe sanguin : ............................................................

Le stagiaire a-t-il reçu un sérum antitétanique ?  Oui Non

Le dernier vaccin contre le tétanos a été fait le : ..................................................

Le stagiaire est-il allergique à certains médicaments, aliments ?  Oui Non

Si oui, lesquels ?

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

A-t-il présenté des convulsions dans son jeune âge ?  Oui Non

Est-il sujet à des crises nerveuses ?  Oui Non

des syncopes ?  Oui Non

A-t-il eu une commotion cérébrale ?  Oui (date : ...................................)  Non

Une fracture du crâne ?  Oui (date : ...................................)  Non

Si oui, un électroencéphalogramme a-t-il été effectué ?  Oui Non

De précédentes visites médicales ont-elles révélé :

- une maladie rénale  Oui Non

- une maladie de la vessie  Oui Non

- du diabète  Oui Non

- un problème cardio-vasculaire  Oui Non

Précisions supplémentaires éventuelles :

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

Certifié sincère et véritable :

Date : ............................... Signature du stagiaire ou de son parent / tuteur :

DOSSIER MEDICAL

**A COMPLETER PAR LA PERSONNE EXERÇANT L’AUTORITÉ PARENTALE**

Je soussigné(e), (nom, prénom et adresse de la personne exerçant l'autorité parentale) …………………………………………………………………………………………

Certifie que Melle, M………………………………………………… né(e) le ………………………………………

**Ne présente à ce jour aucun symptôme de maladie contagieuse et n’est pas atteint d’infection cutanée chronique ou évolutive transmissible, contre-indiquant un séjour en collectivité et qu’il peut pratiquer des activités sportives intensives**.

Maladies déjà contractées\* :

scarlatine / otite / oreillons / rougeole.

Autres maladies :………………………………………………………………………………………..

Souffre-t-il d’allergies\* :

Asthme / Médicamenteuses / Alimentaires / Insectes.

Si oui, précisez :………………………………......................................

Vaccinations ou injections subies\*:

Diphtérie / Tétanos / Coqueluche / Rubéole / Rougeole / Oreillon / Pneumo /Méningo.

L’enfant suit-il actuellement un traitement ? oui/non\*

Si oui, lequel ? …………………………………………………………………………………….

Gère-t-il lui-même ses médicaments ? oui/non\*

Souffre-t-il de séquelles d’accidents ou de blessures ? oui/non\*

Si oui, lequel ?..........................................................................................

Médecin traitant :

Nom : ………………………………………………………………..

N° de téléphone :……………………………………………….

Le signataire a conscience que la structure d’accueil ne dispose pas de personnel infirmier pour l’administration des soins et de médicaments

Date : ............................... Signature du stagiaire ou de son parent / tuteur :

AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX

**A COMPLETER PAR LA PERSONNE EXERÇANT L’AUTORITÉ PARENTALE**

Je soussigné(e), (nom, prénom et adresse de la personne exerçant l'autorité parentale) …………………………………………………………………………………………

Téléphone :……………………………………………… GSM :………………………………………………..

**Autorise le responsable du Cercle de Natation de Wiltz et du Club de Natation de Bastogne à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien reconnu, à l'enfant :**

Nom……………………………………………………

Prénom…………………………………………..

Genre ……………………………………………………

Date de naissance …………………...…………………………………………….

Je m'engage à rembourser la structure tous les frais médicaux et pharmaceutiques déboursés pour mon compte.

Date :………………………………………. Signature :

(faire précéder de la mention "lu et approuvé")

En mon absence, la personne à prévenir en cas d'accident est :

Nom : ……………………………………………………Prénom :……………………………………………………………

Lien de parenté :………………………………………..

Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

GSM :……………………………………….............

AUTORISATION DE QUITTER LE TERRITOIRE

Je soussigné(e),

(nom, prénom et adresse de la personne exerçant l'autorité parentale)

…………………………………………………………………………………………

Autorise

(nom, prénom et adresse du nageur)

…………………………………………………………………………………………

à quitter le territoire du…………………………………..… au ………………………. ……..

Date :

……………………………………….

Signature :

(faire précéder de la mention "certifié sincère et véritable")

CHECK LIST STAGE NATATION

**Vêtements**

* Pyjama
* Sous-vêtements
* T-shirts
* Shorts
* Vêtements de sport
* Pantalons
* Pull
* Chaussettes
* Veste
* Baskets/Chaussures
* Tong ou Crocs
* Essuies (2X grands et 1Xpetit)

**Trousse de toilette**

* Gel douche / Shampoing
* Déodorant
* Brosse à dents
* Dentifrice
* Brosse à cheveux

**Trousse de pharmacie**

* Vos médicaments et vitamines

**Logement**

* Protège matelas
* Oreiller
* Sac de couchage ou couverture

**Divers**

* Pinces à linge (4x)
* Lampe de poche
* Graisse de chameau

**Loisir**

* Le staff s’occupe de prendre films et jeux
* (n’hésitez pas à parler avec l’entraineur pour en savoir plus)

**Papiers**

* Pièce d’identité
* Fiche médicale remplie sous enveloppe
* Si vous avez … carte assurance maladie
* Argent de poche (si nécessaire)

**Natation & Musculation**

* Filet complet (zoom,planche,paddels,pull,tubas)
* Graisse de chameau pour les filles
* Corde à sauter
* Petit essuis (essuis d’épaule)
* Gourde
* Maillots/Lunettes/Bo