



COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST

 02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

Commission technique

le 17/05/19

Suivi par : Franck SIMON, CTF 29

BREVET DE NATATION EN NAGE LIBRE (50 mètres)

Je soussigné, Mr ou Mme

représentant la piscine de

certifie que l'enfant....., est capable de nager 50 mètres en nage libre.

Pour faire valoir ce que de droit,

A

le .. / .. / ..

Signature et cachet
du responsable

AUTORISATION PARENTALE DES PRATIQUES NAUTIQUES

Je soussigné (e), Mr – Mme – (1), père, mère, Tuteur – Responsable (1) –
autorise l'enfantà pratiquer les activités nautiques proposées par le comité du
Finistère de basket-ball et atteste de sa capacité à nager 25m et/ou 50m.

Date :/...../.....

SIGNATURE :

(1) rayer les mentions inutiles.



COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST

 02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION AUX ACTIVITES SPORTIVES

Il est demandé un certificat médical pour pratiquer les activités suivantes :
Basket , activités nautique (Kayak + CO + Paddle et Char à voile)

Je soussigné, Docteur

Certifie avoir examiné

Et n'avoir pas constaté à la date de ce jour des signes apparents contre indiquant la pratique des activités citées ci-dessus.

Taille :.....

A : le :.....

Cachet

Signature du médecin



COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST

 02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Remplissez cette fiche avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.

SEJOUR/STAGE : DU / AU / /

NOM DU PARTICIPANT :

PRENOM :

Né(e) le...../...../.....

Age :.....ans

Poids :.....kg

Sexe* : Féminin - Masculin

Adresse des parents

.....

.....
Tél domicile : Tél portable :

Tél bureau : Tél autre

Coordonnées pendant le séjour/stage (si différentes de celles indiquées ci-dessus) :

.....

.....

Tél

(préciser).....

Nom et coordonnées du médecin traitant (facultatif) :

1. VACCINATIONS

voir le carnet de santé

Date de la

Date du

1er Date du

ou fournir une photocopie

vaccination

rappel

dernier rappel

Observations

DIPHTERIE*

.....

TETANOS*

.....



COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST

 02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

.....
POLIOMYELITIS*

.....
Ou DT POLIO*

.....
Ou TETRACOQ*

.....
BCG*

.....
HEPATITE B*

Autres vaccinations pratiquées (1).....

Si l'enfant n'a pas été vacciné, pour quelles raisons ?.....

Joindre un certificat de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

(Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.).

IMPORTANT : Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé ..

(1) Autres vaccins : oreillons, variole, grippe, rougeole, rubéole, etc

2. MALADIES ET ALLERGIES

L'enfant a-t-il déjà eu ?

RUBEOLE* : OUI NON

VARICELLE* : OUI NON

ANGINES* : OUI NON

RHUMATISMES* : OUI NON

SCARLATINE* : OUI NON

OTITES* : OUI NON

COQUELUCHE* : OUI NON

ROUGEOLE* : OUI NON

ASTHME* : OUI NON

OREILLONS* : OUI NON

CONVULSIONS* : OUI NON

Autres :.....

L'enfant a-t-il des allergies?

MEDICAMENTEUSES* : OUI NON

ALIMENTAIRES* : OUI NON

AUTRES* : OUI NON

Préciser la nature de l'allergie et la conduite à tenir

.....

- **Rayer les mentions inutiles**



COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST

☎ 02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

3. INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

APPENDICITE* : OUI NON AUTRES OPERATIONS :

.....
REEDUCATION :

.....
HOSPITALISATIONS (dates et motifs) :

4. ETAT DE SANTE DE L'ENFANT

L'enfant suit-il un régime alimentaire ?

OUI NON

Si oui, lequel ?

L'enfant mouille-t-il son lit ? Régulièrement* : OUI NON

Occasionnellement* : OUI NON

Dans l'affirmative, ajoutez au trousseau : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? * : OUI NON

Régulièrement* : OUI NON

Urines :

Albumine* : OUI NON

Sucre* : OUI NON

L'enfant suit-il un traitement ? * : OUI NON Si oui, lequel ?

.....
Devra-t-il suivre

un traitement pendant le séjour ? * : OUI NON

(Dans ce cas, remettez les médicaments et l'ordonnance la plus récente au Directeur ou à l'Assistante Sanitaire au moment

du départ. Les médicaments devront être dans leur emballage d'origine, avec la notice et marqués au nom de l'enfant. Ne

placez jamais les médicaments dans la valise .).

ATTENTION : AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE ADMINISTRE SANS ORDONNANCE.

L'enfant viendra-t-il au centre avec :

- Une prothèse dentaire* : OUI NON Quand doit-il la porter ?

.....
- Des lunettes* : OUI NON

Quand doit-il les porter ?.....

- Autres :.....



COMITE DU FINISTERE DE BASKET-BALL

13 rue Richelieu, 29200 BREST

 02.98.43.21.48 Fax : 02.98.43.21.64

5. ACTIVITES SPORTIVES

Sports dont la pratique n'est pas autorisée pour raison médicale

.....

Brevet de 50 mètres de natation (obligatoire pour la pratique de sports nautiques) : OUI NON
(Joindre la photocopie).

6. RECOMMANDATIONS PARTICULIERES DES PARENTS

7. SIGNATURE

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements

portés sur cette fiche et n'avoir omis aucune information importante. J'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.

À..... Le..... Signature :

* Rayer les mentions inutiles

Retournez cette fiche sanitaire de liaison avec la fiche d'inscription. Ne dissociez jamais les deux documents.

Signature du responsable

Ecrire la mention « Lu et approuvé »