FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

FICHE DE RENSEIGNEMENTS DU JEUNE

CNJ / DTN • août 2020

Effacer formulaire

Imprimer formulaire

Enregistrer formulaire

I . ENFANT

NOM : NOM d'usage : Sexe : F ◯ M ◯

Prénoms :

Né(e) le : Lieu de naissance (commune et département) (1) :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. portable : Taille maillot : Taille vélo : Niveau : Groupe :

II . RESPONSABLES LÉGAUX

Parent 1 NOM de naissance : Autorité parentale : Oui ◯ Non ◯

NOM d'usage : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : N° de poste :

Courriel :

Parent 2 NOM de naissance : Autorité parentale : Oui ◯ Non ◯

NOM d'usage : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : N° de poste :

Courriel :

Autre responsable légal NOM de naissance : Autorité parentale :

Oui ◯ Non ◯

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Tél. domicile : Tél. portable : Tél. travail : N° de poste :

Courriel :

III . INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRE

(1) Pays si hors de France

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CNJ / DTN • février 2020

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux utiles pendant le séjour sportif ou l'accueil de l'enfant au sein du club. Elle sera détruite en fin de séjour ou d'accueil. En cas de problèmes médicaux identifiés après l'établissement de cette fiche, le représentant légal devra en informer le responsable et établir une nouvelle fiche. Celle-ci peut être valable pour un séjour identifié pour un ensemble d'actions organisées par une structure fédérale.

I . ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE : GARÇON ☐ FILLE ☐

II . VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant, pas de photocopies du carnet).
Précisez s'il s'agit :

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Du DT polio		
Du Dt coq		
Du Tétracoq		
D'une prise polio Rappels		
ROR 1er vaccin		
ROR rappel		

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ POUR DES RAISONS MÉDICALES, PRÉCISER LA NATURE :

III . RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

1. L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE				VARICELLE				ROUGEOLE				OREILLONS			
oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐	oui	☐	non	☐

2. VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ?

oui	☐	non	☐

Si oui précisez les circonstances des crises et le traitement (joindre ordonnance)

3. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL DE PATHOLOGIE CHRONIQUE OU AIGUË EN COURS ?

oui	☐	non	☐

Si oui précisez la / les pathologie(s) (joindre ordonnance)

4. VOTRE ENFANT SOUFFRE T-IL D'ALLERGIE ?

oui		non		Si oui précisez la / les allergie(s) (joindre ordonnance)

ALIMENTAIRE :

oui		non		Nature :

MÉDICAMENTEUSE :

oui		non		Nature :

LIÉE À L'ENVIRONNEMENT :

oui		non		Nature :

5. VOTRE ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT QUI N'EST PAS EN RAPPORT AVEC LES POINTS 2-3-4 CI-DESSUS ?

oui		non		Si oui précisez la nature de celui-ci (joindre ordonnance)

6. VOTRE ENFANT A-T-IL DES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX OU TOUTES AUTRES INFORMATIONS QUI AURAIENT DES RÉPERCUSSIONS SUR LE DÉROULEMENT DU SÉJOUR OU DE L'ACTIVITÉ ?

oui		non		Si oui précisez lesquels ?

RAPPEL SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE CORRESPONDANTE AUX MÉDICAMENTS.

IV . REPRÉSENTANT LÉGAL DE L'ENFANT À CONTACTER

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE TÉL : FIXE : _____ PORTABLE : _____

Je soussigné, représentant 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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Vaut pour signature :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVÉE LE :

DÉPART LE :

SAISON SPORTIVE ☐ Cochez la case "Saison sportive" dans le cadre de l'activité annuelle du club

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

AUTORISATION PARENTALE
PRATIQUE DU CYCLOTOURISME EN CLUB

CNJ / DTN • février 2020

Nom du club N° fédéral

Je soussigné(e) père, mère ou représentant légal :
Nom Prénom

Adresse Code postal Ville

Email Tél. fixe Tél. portable

Autorise l'enfant :
Nom Prénom

À participer aux activités organisées par le club sous la responsabilité de son président ou d'un encadrement compétent mis en place par le président (adulte accompagnateur, animateur, initiateur, moniteur) et dans le respect de la réglementation en vigueur.

En aucun cas l'enfant pratiquera les activités seul.

Recommandations particulières des parents :

Atteste avoir remis la fiche sanitaire au responsable de l'encadrement, avec tous les renseignements concernant la santé de l'enfant et les directives en cas de nécessité.

Et autorise le responsable de l'encadrement :
Nom Prénom

À prendre toutes dispositions concernant les soins d'urgence ou l'hospitalisation, sur avis médical, concernant l'enfant susnommé

Je déclare sur l'honneur, l'exactitude des renseignements fournis, et je m'engage à signaler toute modification concernant l'état de santé de mon enfant, et à accepter les règlements en vigueur concernant les activités pratiquées au sein du club.

Fait à Le

Signature, (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE CYCLOTOURISME

FORMULAIRE DROIT À L'IMAGE

Dans le cadre de notre activité, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants de votre École française de vélo.

Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou des vues illustrant des enfants en activité.

En application de la loi *Informatique et libertés* et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vues, soit de masquer son visage.

Dans le cadre de notre activité, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants de votre École française de vélo.

Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou des vues illustrant des enfants en activité.

En application de la loi *Informatique et libertés* et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le formulaire ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vues, soit de masquer son visage.

Parent 1 *(nom, prénom)* :

Parent 2 *(nom, prénom)* :

Autorise*(ent)* l'association
par la présente, à utiliser les photos de mon enfant prises au cours des activités du club durant la saison.

Refuse*(ent)* à l'association
par la présente, à utiliser les photos de mon enfant prises au cours des activités du club durant la saison.

Enfant *(nom, prénom)* :

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par courrier adressé au club.

Fait à :

Le :

SIGNATURES OBLIGATOIRES DES DEUX PARENTS ET-OU DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Parent 1 Parent 2 Représentant légal