

FICHE D'INSCRIPTION

1 – Adulte

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

MASCULIN

FEMININ

2 - DATES ET TECHNIQUES CHOISIES :

3 - COORDONNEES :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Email (obligatoire) :

Tél. fixe :

Tél. port. :



3 – RENSEIGNEMENTS

J'atteste sur l'honneur que je suis apte à nager :

OUI

NON

Si non, je considère que je peux quand même participer à l'activité.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

Si vous n'avez pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : Le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Suivez-vous un **traitement médical** ?

OUI

NON

AVEZ-VOUS DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

