



FICHE D'INSCRIPTION Stage Synchr'ô 2025 Strasbourg

Session du lundi 7 au vendredi 11 juillet 2025 inclus (*)

Session du lundi 18 au vendredi 22 août 2025 inclus (*)

(*) *Cochez la case de la session choisie*

Nom :	Prénom :
Née le :	N° Licence FFN :
Adresse :	Code postal : Ville :
Tél. fixe:	Tél. mobile:
e-mail :	
Mineur : merci d'indiquer ci-dessous les noms et coordonnées des représentants légaux à contacter si nécessaire <i>(Ne préciser que les adresses différentes de celle ci-dessus)</i>	
Père (tuteur ou représentant légal)	Mère (ou tutrice)
Nom et prénom	Nom et prénom
Adresse	Adresse
Tél. Fixe	Tél. Fixe
Tél. Mobile	Tél. Mobile

Autorisation Parentale obligatoire pour le participant mineur :

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur légal)

Autorise ma fille

à participer au stage de Natation Artistique organisé par le Ballet Nautique de Strasbourg au Centre Nautique de Schiltigheim.

Droit à l'image :

J'autorise (nous, parents, autorisons) le Ballet Nautique de Strasbourg (BNS) ainsi que les personnes désignées et autorisées par le BNS à prendre des images, photos et films, lors du stage désigné ci-dessus où je participe (où participe notre enfant) : **OUI NON**

Ces images pourront être accompagnées de sons enregistrés, de musiques et/ou commentaires.

Ces images pourront être utilisées lors de stage dans un but pédagogique ou ultérieurement pour la promotion de la natation artistique et la promotion des activités du Ballet Nautique de Strasbourg.

Date et signature du représentant légal (ou du participant majeur) :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Selon modèle du ministère de la Jeunesse et des Sports, Cerfa n°10008*02 et modèle FFN)

A compléter obligatoirement pour les enfants mineurs, facultatif les majeurs.

Nom et prénom :

Traitement en cours (médical, kinésithérapie, dentaire)

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

Allergies et asthme: préciser la cause et la conduite à tenir (si auto médication, le signaler)

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

Vaccinations à jour ? Oui Non

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

Indiquer les difficultés de santé (accident, maladie, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation), préciser les dates et précautions à prendre.

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

Remarques utiles des parents

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

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

.....

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésies, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut, il leur faut demander l'autorisation au Juge des enfants ou au Procureur de la République. L'attestation ci-dessous est destinée à éviter ces démarches.

Je soussigné(e)

.....

représentant légal de l'enfant :

.....

autorise les médecins à pratiquer les examens, les interventions et toutes formes d'anesthésies jugées utiles pour mon enfant.

A, le2025,

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »