COMPLÉMENTS ADHÉSION JEUNES 2024

Deux types de licence existent pour les Jeunes :
- La licence Loisir qui leur permet de participer aux entraînements et aux activités du club mais ne permet pas de participer aux compétitions organisées par la FFTRI (ou alors par une inscription individuelle en payant une licence journée).
- La licence Compétition qui permet en plus de faire des compétitions FFTRI

Dans le cadre de son Ecole de Triathlon 1*, le club se doit de faire passer au moins un test de natation et un test de course à pied à tous les jeunes du club avant le 31/08/2024. Ces tests peuvent être organisés soit au sein du club, soit par un autre club Normand ou encore par la ligue de Normandie.
De plus, les licenciés jeunes Compétition doivent avoir participé à au moins 3 épreuves régionales avant le 31/08/24.
De part l'adhésion de votre enfant à notre club, nous avons besoin de votre engagement afin de satisfaire ces 2 critères.

Suivant la licence de votre enfant, veuillez s'il vous plaît compléter les rubriques ci-dessous :

Pour tous les jeunes (Loisir et Compétition)

Autorisation Parentale

Je soussigné(e), Mme/Mr …….., autorise mon fils/ma fille …… à pratiquer le triathlon au sein du club des Lions Triathlon de Saint-Marcel/Vernon en: (rayer la mention inutile)
- Entraînement (licenciés Loisir Jeunes)
- Entraînement et Compétition (licenciés Compétition jeunes).

Par ailleurs, j'autorise le club des Lions Triathlon à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires à mon enfant en cas d'accident ou maladie après consultation d'un praticien ou les services d'urgence.

Signature du ou des parents :

Class TRI

De part l'adhésion au club des Lions Triathlon de mon fils/ma fille…… Je soussigné(e), Mme/Mr …….m'engage à ce que celui-ci/celle-ci réalise au moins un test Class Tri (natation et Course à pied) avant le 31/08/2024, suivant les directives du club.

Signature du ou des parents :

Pour les licenciés Compétition uniquement
Compétitions régionales jeunes

De part l'adhésion au club des Lions Triathlon de mon fils/ma fille…… , je soussigné(e) Mme/Mr ……..m'engage à ce que celui-ci/celle-ci participe avant le 31/08/2024 à 3 compétitions régionales minimum du calendrier régional des compétitions régulièrement mis à jour par la ligue de Normandie et disponible sur le site des Lions Triathlon.

Signature du ou des parents :

Autoriser mon enfant à rentrer seul

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) …… mère/père/ responsable légal de

l'enfant ……au club des **Lions Triathlon,**

Autorise à repartir seul pour rentrer à son domicile

Date :

Signature :

Autoriser un tiers à ramener mon enfant

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) …… mère/père/ responsable légal de

l'enfant ……. au club des **Lions Triathlon.**

Autorise ……. À ramener mon enfant à mon domicile à l'issue du

cours.

Date :

Signature :

LES LIONS TRIATHLON

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM :_____

PRÉNOM:_____

DATE DE NAISSANCE:_____

GARÇON ❐ FILLE❐

SAISON 2023-2024

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

2 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (**Projet d'accueil individualisé)** ? ❐OUI ❐ NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une **ordonnance** récente et des **médicaments** correspondants **(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance, ni sans P.A.I.**

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

RUBÉOLE OUI ❑ NON ❑	VARICELLE OUI ❑NON ❑❑	ANGINE OUI ❑ NON ❑	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ❑ NON ❑	SCARLATINE OUI ❑ NON ❑
COQUELUCHE OUI ❑ NON ❑	OTITE OUI ❑ NON ❑	ROUGEOLE OUI ❑ NON ❑	OREILLONS OUI ❑ NON ❑	

ALLERGIES: ASTHME oui ❑ non❑ MÉDICAMENTEUSES oui ❑ non ❑

ALIMENTAIRES oui ❑ non❑ AUTRES…….

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

……
……
……
……
……
……
……
…

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

……
……
……
……
……
……

---

4 - **RECOMMANDATIONS** UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC…PRÉCISEZ

……
……
……
……
……

5 -**RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM……PRÉNOM……

ADRESSE(PENDANTLESÉJOUR)……

……

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : …… BUREAU : ……

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)……

Je soussigné(e), responsable 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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : **Signature:**