

FICHE D'INSCRIPTION – BF ASSISTANT CLUB

2017/2018

Le stagiaire

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F M Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Nationalité : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone Mobile : _____

Courriel : _____

Club : _____

Licence FFN N° : _____

DIPLOMES (fournir les diplômes)

- Premiers Secours Civique niveau 1 (PSC1)
- Premiers Secours en Equipe niveau 1 (PSE1)
- Officiel : _____
- Diplôme ENF : _____

ENCADREMENT DE GROUPE

Avez-vous déjà encadré un groupe de nageurs ? Oui / Non

Si oui, quel niveau ?

- Initiation
- Perfectionnement
- Entraînement

Quelle catégorie d'âge : _____

Date et signature du candidat :

Engagement du tuteur :

Nom du club: _____

Nom du responsable du groupe (BF2 Minimum) : _____

Tel: _____ Courriel : _____

Je soussigné(e) _____ en qualité de
(diplôme) _____ m'engage à assurer la fonction de
tutorat de _____ lors de son stage de mise en
situation pédagogique de l'Assistant Club au sein du club de _____
_____.

Date et signature du tuteur:

Autorisation parentale :

En cas d'urgence, les médecins obligés de pratiquer certains actes chirurgicaux, examens, anesthésie, demandent une autorisation écrite des parents. Si celle-ci fait défaut, ils doivent demander l'autorisation au juge des enfants ou au procureur de la République.

L'attestation ci-dessous est destinée, entre autre, à éviter ces démarches.

Je soussigné(e), le responsable légal, Mme, Mr _____

Adresse _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Nom et numéro de mutuelle : _____

Personne à joindre en cas d'urgence : _____

Téléphone: _____

- Autorise le médecin consulté en cas d'urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou d'anesthésie que nécessiterait l'état de mon enfant.
- Autorise mon enfant à effectuer des activités physiques autre que la natation et de prendre le mode de transport mis en place par les organisateurs (transports en commun, minibus, véhicule personnel).

Joindre sous enveloppe les indications que vous jugerez nécessaire de porter à la connaissance du médecin (allergies, antécédents opératoires, etc....).

Fait à : _____ le : _____

Signature