



Fiche Inscription Ecole de Pêche

Session 2015-2016

NOM
PRENOM.....
DATE DE NAISSANCE
PHOTO **ADRESSE**
.....
TEL.....
N° DE LICENCE F.F.P.S......

PARENTS OU TUTEURS

NOM..... **PRENOM**.....
PROFESSION..... **TEL**.....
MEMBRE Y .C.A.A. **OUI** **ou** **NON**
PRATIQUEZ VOUS LA PECHE **OUI** **ou** **NON**
SI OUI : **du BORD** **en BATEAU** **en RIVIERE**

MEDECIN TRAITANT :.....

TEL en cas d'accident :

Qui prévenir en cas d'urgence :

Vaccination : dernière date du rappel vaccin antitétanique :

REMARQUES : (allergies, maladies particulières, etc.)

Si traitement médical, donner les médicaments avec posologie au responsable d'encadrement.....
.....

En cas d'accident nécessitant une intervention (chirurgicale ou autre) urgente, donnez-vous l'autorisation d'hospitalisation ? **oui** **ou** **non**

HOPITAL ou CLINIQUE :

DATE et SIGNATURES des parents ou des tuteurs légaux :