**Fédération de l’Ain pour la Pêche et la Protection du Milieu Aquatique**

**638, route du Revermont – 01140 Viriat – Tél : 04.74.22.38.38**

**stagedepeche01@gmail.com**

**Fiche d’inscription**

Le stagiaire :

Nom : Prénom :

Né(é) le : / / Genre :

Entourer la ou les dates désirée(s)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10/02 mouche | 11/02 mouche | 17/02 mouche | 18/02 mouche | 17/03 truite toc | 18/03 pn truite | 25/03 pn truite | 01/04 truite toc | 08/04 coup/feeder M / AM | 11/04 truite toc |
|  |
| 19/04 mouche | 20/04 mouche | 21/04 mouche | 22/04 coup/feeder M / AM | 26/04 coup/feeder M / AM | 03/05 coup/feeder M / AM | 06/05 pn truite | 10/05 coup/feeder M / AM | 13/05 coup/feeder M / AM | 17/05 coup/feeder M / AM |  |
|  |
| 20/05 mouche | 24/05 coup/feeder M / AM | 07/06 coup/feeder M / AM | 10/06 pn truite | 14/06 coup/feeder M / AM | 24/06 pn truite | 28/06 coup/feeder M / AM | 05/07 float-tube | 08/07 écrevisses  M / AM | 10/07 pn truite |  |
|  |
| 12/07 float-tube | 13/07 carnassier | 17/07 carnassier | 19/07 float-tube | 21/07 mouche | 26/07 coup/feeder M / AM | 27/07 coup/feeder M / AM | 02/08 écrevisses  M / AM | 03/08 coup/feeder M / AM | 09/08 coup/feeder M / AM |  |
|  |
| 16/08 coup/feeder M / AM | 23/08 coup/feeder M / AM | 24/08 mouche | 29/08 float-tube | 30/08 coup/feeder M / AM | 31/08 coup/feeder M / AM | 08/09 pn truite | 09/09 pn truite | 13/09 coup/feeder M / AM | 16/09 pn/mouche |  |
|  |
| 20/09 coup/feeder M / AM | 21/10 float-tube | 26/10 pn/mouche | 27/10 coup/feeder M / AM | 30/10 coup/feeder M / AM | 10/11 pn/mouche | 25/11 pn/mouche |  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Responsable du stagiaire

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Tél fixe : Tél GSM :

Email :

J’atteste sur l’honneur que le stagiaire est apte à nager : OUI / NON

Si « NON », je considère que le stagiaire peut quand même participer à l’activité.

Coordonnées médecin traitant :

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou au certificat de vaccination du stagiaire).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaccins Obligatoires | OUI | NON | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|  |
| Diphtérie |  |  |  | Hépatite B |  |  |
| Tétanos |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole |  |  |
| Poliomyélite |  |  |  | Coqueluche |  |  |
| ou DT polio |  |  |  | BCG |  |  |
| ou Tétracoq |  |  |  | Autres (préciser) |  |  |

Si le stagiaire n’a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements médicaux concernant le stagiaire :

Groupe sanguin :

Le stagiaire suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si « OUI » joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leur emballage d’origine marquées au nom du stagiaire avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le stagiaire a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RUBEOLE | | | |  | VARICELLE | | | |  | ANGINE | | | |  | RHUMATISME ARTICULAIRE | | | |  | SCARLATINE | | | |
|  |  |  |  |
| OUI |  | NON |  |  | OUI |  | NON |  |  | OUI |  | NON |  |  | OUI |  | NON |  |  | OUI |  | NON |  |
| COQUELUCHE | | | |  | OTITE | | | |  | ROUGEOLE | | | |  | OREILLONS | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| OUI |  | NON |  |  | OUI |  | NON |  |  | OUI |  | NON |  |  | OUI |  | NON |  |  |  |  |  |  |

ALLERGIE : ASTHME OUI NON MEDICAMENTEUSES : OUI NON

ALIMENTAIRES OUI NON AUTRES :

Précisez la cause de l’allergie et la conduite à tenir (si auto médicamentation, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

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

AUTORISATION DE PUBLICATIONS DE PHOTS ET VIDEOS

J’autorise la Fédération de Pêche de l’AIN », dans le cadre de ses publications promotionnelles, à publier sans limitation dans le temps et sur tous supports d’informations ou de promotions de la pêche dans l’Ain, réseaux sociaux et sites de partages inclus, les photos et vidéos prises lors des animations sur lesquelles peuvent figurer le stagiaire.

**OUI NON**

*Je soussigné(e), responsable légal du stagiaire, déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche et autorise le corps médical à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l’état du stagiaire.*

-Médecin :

-Hôpital ou clinique :

J’autorise le stagiaire à participer aux activités d’initiation à la pêche encadrées par la Fédération de Pêche de l’AIN. Je dégage toutes responsabilités des organisateurs et des animateurs au cas ou le stagiaire ne respecterait pas la réglementation des activités ou ne s’y présenterait pas. En cas d’impossibilité de joindre les secours, j’autorise l’animateur(trice) à déplacer le stagiaire.

*L’inscription sera effective lors de la réception de cette fiche dûment complétée, accompagnée d’une copie de l’attestation d’assurance extrascolaire du stagiaire ou responsabilité civile, du règlement par chèque (1 par animation) à l’ordre de la fédération de pêche de l’ain, et de sa carte de pêche valide pour le lieu de l’animation (aappma réciprocitaire ou non) Toute annulation de dernière minute non justifiée (certificat médical, contrat de travail…) entrainera l’encaissement du règlement.*

*Il est possible qu’une annulation de dernière minute de notre part arrive pour cause de maladie ou autre. Dans ce cas, vous serez prévenus dans les meilleurs délais, et une date de report sera définie dans la mesure du possible ou le règlement vous sera retourné ou détruite.*

SIGNATURE

(Précédée de la mention « lu et approuvée »)

Fait à , le 2022