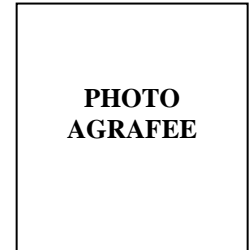




Année scolaire 2020-2021

2, route de Charmeil
B.P. 40013
03321 – BELLERIVE SUR ALLIER Cedex
☎ : 04 70 59 85 60
☎ : 04 70 32 62 07



POLE FRANCE NATATION DU SPORT ADAPTE

- 1^{ère} année** **renouvellement**
- INTERNE** **EXTERNE**

NOM : **Prénom** : du jeune

MERCI DE COMPLETER CE DOCUMENT EN LETTRES CAPITALES

INFORMATIONS CONCERNANT LE JEUNE

SEXE : Masculin Féminin

Date, lieu **et** département de naissance : __/__/____ à :(.....)

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél Port. :

e-mail :@.....

INFORMATIONS CONCERNANT LA SITUATION SOCIO-PROFESSIONNELLE

LYCEEN/ETUDIANT

Etablissement fréquenté :Classe :

Filière d'étude :

SALARIE

Emploi occupé :Employeur :

STAGIAIRE EN FORMATION PROFESSIONNELLE

Filière de formation :

AUTRE SITUATION

Précisez :

INFORMATIONS CONCERNANT LA STRUCTURE DE RATTACHEMENT (IME, ESAT...)

Nom de la structure :
Adresse :

INFORMATIONS CONCERNANT LES RESPONSABLES LEGAUX POUR LES SPORTIFS MINEURS

RESPONSABLE LEGAL N° 1 :

NOM : Prénom :

Qualité : Père Mère Tuteur

Situation familiale : célibataire marié (e) divorcé(e) veuf (ve) pacsé (e) en couple

Adresse (si différente) :

Code postal : Ville :

Tél domicile : Tél portable :

e-mail :@.....

Situation Professionnelle :

Profession :

Lieu de travail :

Téléphone :

RESPONSABLE LEGAL N° 2 :

NOM : Prénom :

Qualité : Père Mère Tuteur

Situation familiale : célibataire marié (e) divorcé(e) veuf (ve) pacsé (e) en couple

Adresse (si différente) :

Code postal : Ville :

Tél domicile : Tél portable :

e-mail :@.....

Situation Professionnelle :

Profession :

Lieu de travail :

Téléphone :



CENTRE LABELLISÉ
PALIER BRONZE



DOSSIER A CONSTITUER
ET A RETOURNER AU CREPS AUVERGNE RHONE ALPES / VICHY
2 route de Charmeil – BP 40013
03321 BELLERIVE SUR ALLIER CEDEX

DANS CETTE CHEMISE

- DOC 1 : autorisation d'intervention chirurgicale + protection sociale
 - l'attestation d'immatriculation à un régime de sécurité sociale (améli.fr)
 - Photocopie de la carte de mutuelle en cours + **copie de la nouvelle carte dès réception***

***L'obtention de ces documents conditionnera l'application du tiers payant.
Dans le cas contraire les actes seront facturés directement aux familles**

- Photocopie du carnet des vaccinations (bien mettre nom et prénom du jeune)
- DOC 2 : Note concernant l'organisation du Pôle Médical Sportif
- DOC 3 : règlement intérieur du CREPS : **nous renvoyer l'acceptation dûment signée**
- 1 attestation d'assurance en responsabilité civile couvrant l'année scolaire
- 1 photo agrafée en 1^{ère} page
- Copie recto/verso de la Carte nationale d'identité en cours de validité ou photocopie du livret de famille
- Copie du passeport en cours de validité

Documents à mettre dans l'enveloppe cachetée destinée au Service Médical

- DOC 7 : renseignements médicaux 1^{ère} année
- Photocopie des ordonnances pour les traitements en cours