



Nature Essentielle

Plonger – Explorer – Protéger

CANNES - CÔTE D'AZUR - **MERCANTOUR**

FORMULAIRE D'INSCRIPTION / REGISTRATION FORM

Merci de compléter ce formulaire en lettres majuscules.

Please complete this form using CAPITAL LETTERS.

1. ENFANT / CHILD

Nom / Last name	_____
Prénom / First name	_____
Date de naissance / Date of birth	_____
Sexe / Gender	_____
Nationalité / Nationality	_____

2. STAGE / CAMP / HOLIDAY PROGRAMME

Nom du stage / Camp	_____
Dates / Dates	_____
☐ Stage Mer / Sea Camp	_____
☐ Stage Montagne / Mountain Camp	_____
☐ Séjour / Residential Camp	_____
Transport / Transport	_____
Point de départ navette / Shuttle departure point	_____

3. RESPONSABLE LÉGAL / LEGAL GUARDIAN

Nom / Name	_____
Adresse / Address	_____
Téléphone portable / Mobile	_____
E-mail / Email	_____
Téléphone d'urgence / Emergency contact	_____
Lien avec l'enfant / Relationship to child	_____

4. INFORMATIONS PLONGÉE (Stages Mer) / DIVING INFORMATION (Sea Camps)

Taille / Height (cm)	_____
Poids / Weight (kg)	_____
Taille vêtement / Clothing size	_____
Pointure / Shoe size	_____
Niveau de plongée / Diving certification	_____
Date d'obtention / Certification date	_____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / HEALTH INFORMATION FORM

Cette fiche est confidentielle. Elle est destinée exclusivement à l'équipe d'encadrement de Nature Essentielle.
This form is confidential and will only be used by Nature Essentielle staff.

1. ÉTAT DE SANTÉ / HEALTH STATUS

☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Si non, merci de préciser / If no, please specify :

2. VACCINATIONS / VACCINATIONS

- ☐ Mon enfant est à jour des vaccinations obligatoires / My child is up to date with mandatory vaccinations.
- ☐ Copie du carnet de vaccination jointe / Vaccination record attached.
- ☐ Contre-indication médicale (certificat joint) / Medical exemption (certificate attached).

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX / MEDICAL HISTORY

- ☐ Asthme / Asthma
- ☐ Allergies respiratoires / Respiratory allergies
- ☐ Allergies alimentaires / Food allergies
- ☐ Allergies médicamenteuses / Drug allergies
- ☐ Diabète / Diabetes
- ☐ Épilepsie / Epilepsy
- ☐ Maladie cardiaque / Heart condition
- ☐ Trouble neurologique / Neurological disorder
- ☐ Trouble du comportement / Behaviour disorder
- ☐ Handicap / Disability
- ☐ PAI / Individual Healthcare Plan
- ☐ Anaphylaxie / Severe allergic reaction
- ☐ Migraine / Migraine
- ☐ TDAH / ADHD
- ☐ TSA / Autism Spectrum Disorder
- ☐ Trouble anxieux / Anxiety disorder
- ☐ Mal des transports / Motion sickness
- ☐ Autre / Other : _____

4. ALLERGIES / ALLERGIES

Décrivez les allergies et la conduite à tenir / Describe allergies and emergency procedure:

5. TRAITEMENT MÉDICAL / CURRENT MEDICATION

Médicament / Medication	Posologie / Dosage	Horaires / Schedule

Medication must be supplied with the prescription.

6. SPÉCIFICITÉS NATURE ESSENTIELLE / NATURE ESSENTIELLE SPECIFIC INFORMATION

Activités Mer / Sea Activities

- ☐ Bon nageur / Confident swimmer
- ☐ À l'aise en eau profonde / Comfortable in deep water
- ☐ Peur de l'eau profonde / Uncomfortable in deep water
- ☐ Mal de mer / Seasickness
- ☐ Porte des lunettes / Wears glasses
- ☐ Porte des lentilles / Wears contact lenses
- ☐ Utilise des bouchons d'oreilles / Uses ear plugs
- ☐ Déjà pratiqué : Snorkeling - Apnée - Baptême - Plongée certifiée
- ☐ Already practised: Snorkelling - Freediving - Discover Scuba - Certified Diving
- Certification / Certification : _____

Activités Montagne / Mountain Activities

- ☐ Randonnée régulière / Regular hiker
- ☐ Déjà dormi en refuge / Stayed in mountain refuge
- ☐ Déjà bivouaqué / Slept in bivouac
- ☐ Vertige / Vertigo
- ☐ Semelles orthopédiques / Orthopaedic insoles
- ☐ Difficultés à marcher plusieurs heures / Difficulty walking for several hours
- ☐ Mal des montagnes / Altitude sickness
- ☐ Allergie aux piqûres d'insectes / Insect sting allergy

- ☐ Sensible à la chaleur / Sensitive to heat
- ☐ Sensible au froid / Sensitive to cold

7. RÉGIME ALIMENTAIRE / DIETARY REQUIREMENTS

- ☐ Aucun / None
- ☐ Végétarien / Vegetarian
- ☐ Sans porc / No pork
- ☐ Sans gluten / Gluten free
- ☐ Sans lactose / Lactose free
- ☐ Allergie alimentaire / Food allergy : _____
- Autres contraintes / Other requirements : _____

8. MÉDECIN TRAITANT / FAMILY DOCTOR

Nom / Name : _____

Téléphone / Phone : _____

9. CONTACT D'URGENCE / SECOND EMERGENCY CONTACT

Nom / Name : _____

Lien / Relationship : _____

Téléphone / Phone : _____

10. AUTORISATION MÉDICALE / EMERGENCY MEDICAL AUTHORISATION

J'autorise Nature Essentielle à prendre toute mesure médicale nécessaire si je ne peux être joint.

I authorise Nature Essentielle to arrange any emergency medical treatment if I cannot be reached.

Je certifie exacts les renseignements fournis et m'engage à informer Nature Essentielle de toute modification de l'état de santé de mon enfant.

I certify that the information provided is accurate and undertake to inform Nature Essentielle of any change in my child's health.

Date : _____

Nom du représentant légal / Legal guardian : _____

Signature : _____