

# FICHES DE RENSEIGNEMENTS

**Séjour ski à Val Cenis du dimanche 08.01.2017 12h15 au vendredi 13.01.2017 18h30**

*Ce formulaire de renseignements administratifs et médicaux doit obligatoirement être complété par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'élève*

NOM de l'élève.....

Prénom .....

Classe ..... Sexe : F M

Date de naissance ...../...../.....

Adresse .....

.....

Photo  
(coller)

## Niveau de pratique en SKI :

DEBUTANT *soit* - de 2 semaines de ski

DEBROUILLE : piste bleue

CONFIRME : piste rouge

EXPERT : piste noire

Entourez le niveau de votre enfant

Pour la location de matériel nous avons besoin :

Taille ..... Poids ..... Pointure .....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), père, mère, responsable

légal.....

Adresse

.....

.....

Tel 03..... et 06.....

**AUTORISE** ma fille, mon fils, ma pupille,

à participer au « Séjour Ski » organisé dans la station de Val Cenis

## ASSURANCE(S)

Je soussigné(e), père, mère, tuteur .....

**CERTIFIE** que ma fille, mon fils, ma pupille,

est couvert par une assurance responsabilité civile.

*Compagnie d'assurance*.....

*Numéro de contrat* .....

**M'ENGAGE** à prendre en charge les frais liés à un rapatriement, une annulation ou des secours.

Par le biais d'une assurance personnelle.

COMPAGNIE D'ASSURANCE .....

Numéro de contrat .....

Par mes propres moyens

Précisez .....

## **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

**CERTIFIE** que mon fils, ma fille, ma pupille,  
est à jour de toutes ses vaccinations obligatoires à la vie en collectivité (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite).

Votre enfant est-il concerné par des allergies ?  Oui  Non

DETAILS .....

.....

Votre enfant est-il concerné par un régime alimentaire particulier ?  Oui  Non

DETAILS .....

.....

Votre enfant est-il concerné par un traitement médical et/ou une maladie nécessitant un suivi particulier ?  Oui  Non

DETAILS .....

.....

## **AUTORISATION DE SOINS MEDICAUX ET ASSURANCE INDIVIDUELLE**

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal\* .....

Adresse

.....

Tel 03 ..... et 06 .....

N° de Sécurité Sociale .....

Adresse de votre CPAM .....

**AUTORISE** les professeurs d'EPS à consulter un praticien (Docteur de Val Cenis) et faire donner tous les soins médicaux qui pourraient être nécessaires ( entorse, douleurs, angine... ).

Je m'engage à rembourser les frais avancés par l'AS, dans la semaine du 16 au 20 janvier 2017.

## **PERSONNE à CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

1) Nom

Prénom .....

Lien de parenté: .....

Adresse .....

Tel. Fixe .....

Tel Port .....

Fait à ....., le .....

SIGNATURE (obligatoire et précédée de la mention « Lu et approuvé »)