



Stage Hiver 2024



EN CAS D'ACCIDENT

Personnes à prévenir si besoin

Entourez la mention appropriée : Père / Mère / Tuteur

Prénom Nom

mobile

domicile

professionnel

Entourez la mention appropriée : Père / Mère / Tuteur

Prénom Nom

mobile

domicile

professionnel

N° SECU

Clé

Adresse CPAM

Mutuelle santé

Médecin
traitant

N° carte Neige

Je soussigné(e) :

1. Autorise mon enfant inscrit ci-dessus, à participer à toutes les activités du séjour,
2. Certifie que mon enfant ne fait l'objet d'aucune contre-indication à la pratique du ski ou du surf,
3. Autorise le responsable du stage à prendre toute mesure en cas d'accident ou de maladie, y compris l'hospitalisation, à faire pratiquer tout examen, investigation et intervention chirurgicale jugés indispensables par le médecin et nécessité par son état, y compris l'anesthésie générale,
4. M'engage à rembourser le montant des frais engagés par le responsable,
5. Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et accepter les modalités d'annulation.

Mention « Lu et approuvé » + Date + Signature