

**Stage VTT XC Compétition - 17 et 20 février 2019
MERCI DE BIEN VOULOIR REMPLIR CE DOCUMENT**

FICHE RENSEIGNEMENTS

NOM

PRENOM enfant né(e) le

Nom et prénom des parents :

ADRESSE.....

.....

TELEPHONE enfant :

PORTABLES : PèreMère.....

AUTORISATION PARENTALE DE TRANSPORT POUR LES MINEURS

Je soussigné père, mère, tuteur *, de l'enfant....., autorise, mon fils, ma fille* à effectuer les trajets sur les différents lieux de pratique pendant les 3 jours du stage VTT XC Compétition dans le sud de la France.

Fait àle

SIGNATURE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



I - ENFANT.

NOM :

PRENOM :

Adresse :

.....
.....

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° Tél. Domicile :

Portable de l'enfant :

E-Mail :

II - RESPONSABLE DE L'ENFANT.

Nom :

Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

.....
.....

N°, nom et adresse de la compagnie d'assurance :

.....

N° SS :

N° Tél. Domicile :

N° Tél. Portable père : N° Tél. Portable mère :

N° Tél. Travail père : N° Tél. Travail mère :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

III - RECOMMANDATIONS DES PARENTS.

.....
.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement et a-t-il des allergies? **NON** **OUI**

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance du médecin pour les médicaments.

AUTORISATION – DECHARGE PARENTALE

Je soussigné(e), NOM et Prénom du (ou des) parents

1- Autorise mon enfant (NOM et Prénom)

Né(e) le

à participer à l'Activité :duau.....

2- Autorise les responsables de l'activité à prendre, le cas échéant toutes les mesures nécessaires par l'état de santé de mon enfant (hospitalisation et/ou intervention chirurgicale).

3- Autorise les responsables à transporter mon enfant avec leurs véhicules pendant le Camp.

4- Mon adresse pendant l'Activité :

.....Téléphone(s) :

RENSEIGNEMENTS

(indispensables en cas d'hospitalisation ou accident)

Nom et Prénom de l'Assuré social :

N° de Sécurité Sociale :

Références et adresse de votre Centre de Sécurité Sociale :

.....

Nom et Références de votre Mutuelle complémentaire :

.....

Nom et adresse de votre Cie d'Assurance et N° de Police :

.....

..... N° de Police :

Adresse Familiale habituelle :

.....

Votre enfant bénéficie-t-il d'une CONTRAT d'ASSISTANCE (Europe Assistance ou autre) ?

Si OUI, lequel :

Date :

A,

Signatures :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....
.....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.*

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....