

LES SAMEDIS NEIGE

Sur la station des Rousses....

Âge requis 6 ans minimum et 15 ans maximum

Tarif par Sortie

70 euros

Ce tarif comprend : Le transport en bus, forfait de ski, location du matériel, repas et goûter pris au chalet
 L'encadrement par les moniteurs de l'ESF et par les bénévoles du CAS.

RESERVATION FERME ET DEFINITIVE

Payable en plusieurs chèques établis le jour de l'inscription et libellés à l'ordre du CAS



Pour les débutants, il est impératif de s'inscrire dès les 2 premières sorties.

L'inscription auprès de l'ESF pour le passage des étoiles ne peut être validée qu'après 3 cours.

Réservations & informations complémentaires :

- par téléphone auprès de Philippe Boyer : 06.72.14.15.00

- par mail : contact@attegia.fr

Le CAS se réserve le droit d'annuler la sortie, si le nombre d'enfants (25) n'est pas atteint.

Nom des Parents :

Adresse Personnelle :

Adresse Mail :

Tél personnel :

Tél travail :

Nom de l'Enfant :

Taille :

Prénom :

Pointure (chaussures de ville) :

Date de Naissance :

Niveau :

Débutant

1^{ère} Étoile

2^{ème} Etoile

3^{ème} Étoile

Compétition

Surf

Sortie souhaitée :

17 Janvier

24 Janvier

31 Janvier

7 Février

14 Février / Passage des étoiles

REEMPLIR ET JOINDRE IMPERATIVEMENT LA FICHE SANITAIRE CJOINTE



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANITAIRE 2014-2015

❖ ETAT CIVIL

NOM de l'enfant : PRENOM.....

Sexe : Date de naissance Age :

Taille : Poids : Pointure :

ADRESSE :

NOM ET PRENOM DES PARENTS :

NOM et N° de TELEPHONE PORTABLE de la personne à contacter en cas d'urgence :

..... Lien de parenté avec l'enfant :

Droit d'image : OUI NON

❖ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Asthme OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Allergie médicamenteuse OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Allergie alimentaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Autres (à préciser.....)

NOM et Tél du médecin traitant.....

En cas d'urgence mon enfant sera transporté : (hôpital d'enfant ou autre).....

VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Dates derniers rappels	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole- oreillons-rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT polio				Autres (préciser)	
Tétracoq				BCG	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre- indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre- indication.

Votre enfant porte- t- il des lunettes, des prothèses auditives, Précisez :

❖ AUTORISATIONS :

Je soussigné (e) Père - Mère

Autorise la personne ci-dessous (impérativement âgée de + 15 ans) à venir rechercher mon enfant (pièce d'identité à fournir la première fois)

Nom : Prénom : Lien de parenté :

Je soussigné(e) Nom et prénom du responsable de l'enfant.....

- Déclare autoriser le responsable de l'activité à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris éventuellement hospitalisation et intervention chirurgicale urgente.
- Déclare être informé qu'en cas de maladie, les frais occasionnés par le traitement de l'enfant sont à la charge des familles (les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement) .
- M'engage à signaler tout nouveau problème de santé survenu depuis la date de signature de cette fiche sanitaire.

Dijon, le.....

Signature du représentant légal :