



# Kid'O'SKI (4 ans à 12 ans)



## INFORMATIONS PROPRES AUX PARENTS

NOM : .....PRENOM : .....

Adresse mail : .....

Adresse Postale : .....

N° de Portable : ...../.....

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant : .....

## INFORMATIONS PROPRES A L'ENFANT

NOM : .....PRENOM : .....Date de naissance ...../...../..... Âge :

Problèmes particuliers de santé (allergies alimentaires ou médicamenteuses ou autres) :

.....

.....

Vaccinations :

DTP (diphtérie / tétanos / polio)     BCG (tuberculose)     ROR (rougeole / rubéole / oreillons)

Autres : .....

Traitement médical en cours :

.....

Contre-indication à la pratique d'un sport :

.....

Restrictions ou régime alimentaire :

.....

Autorisation de droit à l'image :  oui     non

(photos souvenir à fins non-commerciales)

\*\*\* Les informations concernant les cours et accompagnement ski seront à transmettre le premier jour à l'équipe des Flocons verts \*\*\*

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, Mr ou Mme .....parent de l'enfant .....

autorise le Directeur des Flocons Verts ou son représentant, à prendre, en cas d'absence, toute disposition concernant les soins d'urgence à apporter à mon enfant, dans le cadre des clubs et, notamment, faire appel à un médecin ou à procéder à une hospitalisation. Etant entendu que tout sera fait pour me (nous) prévenir dans les plus bref délais.

***Je reconnais et atteste de l'exactitude des informations citées ci-dessus et d'avoir pris connaissance de la fiche d'information. J'en accepte pleinement les termes***

***Date :***

***Signature :***