INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - INFORMATIONS ASSURANCE

Numéro de sécurité sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Nom de l'assurance couvrant votre enfant.....

Numéro : (responsabilité civile) .....

Souhaitez-vous que votre enfant porte un casque lors de la pratique du ski ? **OUI** ☐ **NON** ☐

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

* *J' autorise les responsables à photographier et filmer mon enfant, et à utiliser cette image sans autre engagement de ma part, pour toutes informations ou animations menées par* NITROGLISS *sur tout support de communi--cation.*

AUTORISATION DE SOINS

Décret du 14/01/1974, art 28, al.3

Je soussigné,.....

Donne l'autorisation d'apporter tous soins utiles (y compris opération) à mon

enfant : .....

Date.....

Degré de parenté avec l'enfant.....

signature :