

FICHE INDIVIDUELLE

Votre enfant :

Sait-il nager ? OUI / NON

Sait-il faire de la voile ? OUI / NON

De la planche à voile ? OUI / NON

Observations diverses : _____

Caisse Primaire de Sécurité Sociale : Désignation : _____ N° d'assuré : _____

Mutuelle : Désignation : _____ N° d'assuré : _____

Autre : _____

AUTORISATION DE DEPART :

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) : _____

agissant en qualité de : PERE / MERE / TUTEUR / TUTRICE de l'enfant :

(Nom et Prénom de l'enfant) : _____ Né(e) le : ____ / ____ / ____

déclare autoriser son départ en classe de découverte **SURF à Oualidia du 15 au 19 juin 2015** sous les conditions fixées par les autorités organisatrices.

AUTORISATION MÉDICALE :

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) : _____

agissant en qualité de : PERE / MERE / TUTEUR / TUTRICE de l'enfant : _____

autorise l'enseignant de la classe dont fait partie mon enfant, à prendre en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin du SEMU, y compris, l'hospitalisation et l'anesthésie, au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

NB : en cas de maladie, les frais nécessités par le traitement de votre enfant sont à la charge de la famille (les pièces justificatives et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement). En cas d'accident, les frais d'hospitalisation, d'évacuation, les frais médicaux et d'interventions éventuelles sont à la charge de la famille qui s'engage à prendre toutes les dispositions dans les 48 h.

Lu et Approuvé à _____, le ____ / ____ / ____

Signature :