



RENSEIGNEMENT MEDICAUX

- Votre enfant souffre t'il : d'énurésie (pipi au lit) : oui non
Du mal des transports : oui non
- Médicaments ou soins journaliers à donner à l'enfant :
- Régime éventuels :
- Si l'enfant porte des lunettes, indiquez les références de ses verres :
- Autres renseignements concernant l'état physique de votre enfant :
- Existe-t-il des contre-indications médicales pour certaines activités sportives ? Si oui, lesquelles ?.....
- Organismes d'assurances dont dépend le responsable de l'enfant :
- a) Caisse Primaire de Sécurité Sociale :
Désignation : N° d'assuré :
- b) Mutuelle :
Désignation : N° d'assuré :
- A qui téléphoner en cas d'urgence :
Nom : Profession :
- Adresse :
- Tel :

AUTORISATION DES PARENTS EN CAS D'INTERVENTION CHIRURGICALE URGENTE

Je soussigné(e) (nom prénom du représentant légal) :.....
Demeurant à (adresse complète) :

Agissant en qualité de : père, mère, tuteur, tutrice (rayer la mention inutile)
De (nom et prénom de l'enfant) :

Né le :

- Déclare :
- 1) Autoriser les adultes responsables du séjour au ski dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence prescrites par le médecin, y compris, éventuellement, l'hospitalisation et l'intervention chirurgicale et sa sortie du C.H.U.
Cette autorisation vaut en cas d'impossibilité de me joindre.
 - 2) Avoir pris connaissance des dispositions ci-dessous mentionnées.
En cas de maladie, les frais nécessités 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).

A : Le :

Signature :