



SAINT-JEAN-DE-LUZ

# Classes de Neige

- Nom de l'enfant : .....

- Prénoms : .....

- Date de naissance : .....

- Nom et adresse exacte du père, de la mère ou du tuteur :  
.....  
.....

- N° de Téléphone : .....

- N° Assurance (comprenant obligatoirement les frais de recherche et de sauvetage :

- Mutuelle : ..... N° ..... Tél. ....

- Tél. 24h/24 : .....

- Recommandations particulières pour l'accompagnateur :  
.....  
.....  
.....

- N° de Sécurité Sociale .....

- Date de la dernière injection de vaccin antitétanique :

- Certificat médical :

Je soussigné .....

Docteur en Médecine, certifie que l'enfant .....

peut aller en classe de neige et est à jour de ses vaccinations obligatoires.

à St-Jean-de-Luz, le .....

Signature :

# Remboursement frais maladie

Je soussigné \_\_\_\_\_  
demeurant à \_\_\_\_\_  
m'engage - dans le cas où mon enfant serait malade - à rembourser intégralement  
à la Mairie de Saint-Jean-de-Luz les frais médicaux et pharmaceutiques que  
nécessiteraient les soins prescrits par le Docteur.

Je m'acquitterai des sommes dûes à la demande du Maire de Saint-Jean-de-Luz  
et sur production du dossier maladie.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature des parents

## ATTESTATION MÉDICALE

En cas d'opération chirurgicale urgente, je soussigné \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (père, mère, ou tuteur de l'enfant)  
donne mon autorisation pour qu'elle soit pratiquée.

J'autorise l'accompagnateur à faire hospitaliser l'enfant si nécessaire et  
urgent.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature des parents