



SEJOUR HIVER

REPRESENTANT LEGAL

Mlle/Mme/M. NOM Prénom
Date de naissance (jour/mois/année) e-mail
Adresse
CP Ville
N° ALLOCATAIRE CAF (OBLIGATOIRE) QF
Tél. domicile Tél. portable
Tél. professionnel e-mail

LE JEUNE

NOM
PRENOM
Date de naissance
LOCATION DE MATERIEL
NIVEAU SKI
POINTURE
TAILLE
CONTRE-INDICATION ALIMENTAIRE (OBLIGATOIRE)

DOCUMENTS A FOURNIR

- Copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile
- Fiche sanitaire de liaison
- Fiche d'inscription
- Document attestant de votre quotient familial ou numéro CAF

AUTORISATION PARENTALE

J'autorise mon enfant à être hospitalisé et à subir une intervention chirurgicale en cas de nécessité absolue : oui non

J'accepte que mon enfant participe au séjour du 16 au 23 février 2019 tout en attestant aussi que mon enfant est apte physiquement à y participer Oui non

J'autorise la commune de Lumbin à diffuser des images de mon enfant sur leurs différents supports de communication (diaporama, film plaquette, Facebook) oui non

Jesoussigné(e) Mlle, Mme, M. certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions du séjour.

Date :

Signature: