

Samedis des Neiges (07/01, 14/01, 28/01, 04/02)

Markstein du ..... au ..... Bus ..... Arrêt : .....

Réservé organisateur : NE PAS REMPLIR

Acompte

Solde

Extérieur

Location

F.S.

Niveau de ski :  déb.  1<sup>ère</sup> étoile  2<sup>ème</sup> étoile  3<sup>ème</sup> étoile  Autre .....

Niveau de surf :  déb.  faible  moyen  fort  Autre .....

Location de matériel :  ski  surf  pas de location

Taille : ..... Pointure : ..... Poids : .....

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Commune : .....

Tél domicile : .....

Tél portable : .....

Tél professionnel : .....

Courriel : .....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :  
.....  
.....

### ENFANT

Nom : .....

Prénom : .....

Commune : .....

Date de naissance : .....

N° Sécurité S. : .....

S'il s'agit d'une fille, est elle réglée :  Oui  Non

Régime alimentaire particulier  Oui  Non  
(végétarien, végétalien, allergies...)

L'enfant est-il déjà adhérent aux  Oui  Non  
Foyers Club 68 depuis 01-09-2011

Je soussigné(e), .....

Responsable de l'enfant .....

Autorise mon enfant à rentrer seul à la descente du bus  Oui  Non

Autorise la Communauté de Communes du Pays de Sierentz et la Fédération des Foyers Clubs du Haut Rhin à prendre des photos durant les activités et à les utiliser à des fins promotionnelles :  Oui  Non

Fait à ....., le ..... Signature .....



# Autorisation Parentale Obligatoire



Je soussigné(e) (nom et prénom) : .....

père     mère     tuteur

Responsable de l'enfant (Nom et prénom) : .....

Adresse Caisse d'Assurance Maladie :

.....  
.....  
.....

N° de S.S. .... / .....

Autorise le Responsable des activités à faire soigner  mon fils     ma fille    et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Je certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi et a été reconnu(e) apte à la pratique des activités de pleine nature.

Avez-vous des recommandations complémentaires à communiquer à l'équipe d'encadrement (allergies, précautions diverses, médicaments...) ?

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à....., le .....Signature

## Renseignements

Communauté de Communes du Pays de Sierentz  
Service Animation : Christophe DELABORDE  
Courriel : c.delaborde.animation@orange.fr  
Tél : 03 89 28 59 16  
www.pays-sierentz.fr