

SÉJOUR : ..... DATES : .....

École : ..... Nom de l'enseignant : ..... Classe : .....

NOM : ..... PRÉNOM : ..... Né(e) le : ..... Sexe : ...  
 Nom et Prénom du responsable de l'enfant : .....  
 Adresse : .....  
 CP : ..... VILLE : .....  
 Profession : ..... N° sécurité sociale : .....  
 Tél domicile : ..... Portable : ..... Tél travail : .....  
 Adresse mail des parents : .....

Renseignements pour les classes de découvertes au ski

Taille (par ex. 1m35) : ..... Pointure : ..... Niveau de ski (ex. débutant) : ..... Poids : .....

## LIAISON MÉDICALE

*Merci de joindre la photocopie du carnet de santé*

### VACCINS OBLIGATOIRES

*(Barrer la mention inutile)*

Diphtérie : oui – non  
 Tétanos : oui – non  
 Polio : oui – non

Coqueluche : oui – non  
 Haemophilus : oui – non  
 ROR : oui – non

### VACCINS RECOMMANDÉS

Hépatite B : oui – non  
 Pneumocoque : oui – non  
 BCG : oui – non

### AUTRES RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Asthme : .....

Allergies : .....

Incontinence : .....

Régime alimentaire (ou religieux) : .....

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? : .....

Date et nature des éventuelles interventions chirurgicales : .....

Autres éléments utiles de préciser selon vous : .....

L'enfant bénéficie-t-il de la Couverture Maladie Universelle CMU ? : .....

*Si oui, merci de joindre une copie de votre attestation*

Je soussigné : ..... Responsable de l'enfant : .....

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues au programme du séjour.

Déclare autoriser, en cas d'urgence le responsable Océane Voyages à faire hospitaliser mon enfant et à le faire opérer en cas d'absolue nécessité.

Fait le (précéder de la mention Lu et Approuvé) :

Signature :