

				Forfait les		
				Houches		
				Oui/Non		
Nom	prénom	sexe	Date de nais		Montant lic	Montant sec
Total						

Section saut						
Nom	prénom	sexe	Date de naissance	Classe sco.	Montant lic	Montant sec
Total						

Votre règlement par chèque:

Pour une même famille établir des chèques différents selon les sections.

Les familles ayant plusieurs enfants inscrits au ski club, bénéficient d'une réduction de 18 € sur le prix de la cotisation section à partir du 2^{ème} enfant.

AUTORISATION PARENTALE

(à remplir impérativement pour les mineurs)

Nous soussignés Mr Mme _____ parents de(s)
(l')enfant(s):

Prénom _____ Prénom _____ Prénom: _____ Prénom: _____

- a- l' (les) autorisons à suivre les entraînements et participer aux différentes compétitions.
- b- pour les skieurs alpins: lui/leurs autorisons à pratiquer le ski alpin sous toutes ses formes dans le cadre des activités du club.
- c- autorisons le responsable de l'entraînement et le club à prendre toutes les dispositions utiles en cas d'absolue nécessité(santé ou accident) et précisons ci-dessous toute information qui pourrait être nécessaire dans cette situation:

Médecin traitant: _____ Adresse : _____ Tel: _____

- d- acceptons de transmettre au ski club la fiche sanitaire individuelle FFS dès lors que notre enfant effectue des déplacements pour stage ou pour compétition avec le ski club (pièce jointe).
- e- autorisons le ski club des Houches à utiliser l'image de notre (nos) enfant(s), prise lors des activités, à des fins de promotion et d'information des activités de l'association, y compris sur son site internet.
- f- avons bien noté qu'il nous est recommandé de compléter la couverture fournie par la licence en nous dotant d'une assurance individuelle accident.
- g- *nous engageons à participer bénévolement à deux journées de la vie du ski club.*
- h- *nous engageons à participer bénévolement à deux journées de la vie du ski club.*

Fait à: _____ Le : _____

Signature des parents



FICHE SANITAIRE

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Fille : Garçon :

COMITE MONT BLANC
SKI CLUB LES HOUCHES

Catégorie :

Numéro de licence :

Assurance personnelle :

N° de police d'assurance :

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des Derniers rappels	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Quillens-	
Poliomyélite				Rougeole	
Ou DT polio				Coqueluche	
Ou Tétracosé				Autres(préciser)	
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication ;

Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

Renseignements importants en cas de déplacements en courses ou stages

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance récente

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

RUBEOLE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
VARICELLE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
ANGINE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SCARLATINE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :

ASTHME : OUI NON MEDICAMENTEUSES : OUI NON
 ALIMENTAIRES : OUI NON AUTRES : OUI NON

Précisez la cause de l'allergie et de la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

Indiquez ci-après les difficultés de santé et les précautions à prendre :

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, précisez :

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM :

.....PRENOM :

Adresse :

Tél. fixe et portable domicile : Bureau :

Nom et téléphone du médecin traitant :

 Je soussigné(s), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :