



## SEJOUR DE NEIGE - 6<sup>ème</sup> Année scolaire 2017/2018

### Informations complémentaires à la fiche sanitaire de liaison

NOM : ..... Prénom : .....

Séjour du : ..... au .....

Date de naissance : ..... Age au 18 mars 2018 : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Numéro de la mutuelle et adresse : .....

Numéro de l'assurance et adresse de la compagnie : .....

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que Mme, Mlle, M ..... Né (e) le .....

**Ne présente aucun danger de contagion et qu'il (elle) est médicalement apte à la vie collective et à la pratique des activités suivantes :**

Ski Alpin Fait à ..... Le .....

**Signature et cachet (obligatoires) du médecin consulté**

### **En mon absence, la personne à prévenir en cas d'urgence est :**

Nom : ..... Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél domicile : ...../...../...../...../..... Tél bureau : ...../...../...../...../.....

Tél portable : ...../...../...../...../.....

### FRAIS MEDICAUX et PHARMACEUTIQUES

**Je m'engage à rembourser au responsable l'intégralité des frais médicaux et pharmaceutiques déboursés éventuellement pour mon compte.**

Fait à ..... Le .....

**Signature** (obligatoire précédée de la mention « lu et approuvé »)