



SEJOUR DE NEIGE - 6^{ème} Année scolaire 2014/2015

Informations complémentaires à la fiche sanitaire de liaison

NOM : Prénom :

Séjour du : au

Date de naissance : Age au 15 mars 2015 :

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 »)