



# Questionnaire médical Mercredi de ski



Ce document doit nous parvenir dûment signé au plus tard le 10 janvier 2018).

Nom et prénom de l'enfant

.....

Date de naissance..... Tél. Portable .....

Nom du représentant légal

.....

Domicile .....

.....

Tél. privé..... Tél. portable.....

Personne à avertir en cas d'urgence en l'absence du représentant légal :

Nom et prénom

.....

Qualité (parents, amis, voisins, etc) .....

Domicile.....

Tél. privé..... Tél. portable .....

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'une allergie ou d'un handicap particulier :

oui\*/non Si oui le(la) quel(le) ?

.....

Précautions à prendre : .....

.....

Nom, adresse et tél. du médecin traitant de l'enfant .....

.....

Assurances

Ass. maladie de l'enfant.....No .....

Ass. Accident de l'enfant.....No .....

Ass. R.C. de l'enfant.....No .....

Ass. Hélicoptère (Rega etc.).....No .....

Vaccin antitétanique oui\*/non Date du dernier rappel .....

En cas d'urgence, j'autorise les accompagnants ou moniteurs à prendre toutes décisions concernant le bien de mon enfant, de le faire soigner dans le lieu le plus proche ou de le transporter ou le faire transporter dans un établissement à même de lui prodiguer les meilleurs soins.

J'ai rappelé à mon enfant qu'il doit respecter les consignes données par les animateurs (trices) ainsi que les règles de prudence habituelles.

Remarques :

.....

.....

Date et signature du représentant légal :

.....

\* biffer ce qui ne convient pas