

PARTICIPANT

NOM PRENOM

AGE SEXE

ADRESSE

TEL

REPRESENTANT LEGAL

NOM PRENOM

ADRESSE

TEL EN CAS D'URGENCE : domicile

Travail

Autre personne à prévenir

N° assurance et adresse.....

N° de sécurité sociale :.....

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

-déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche

-autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures

(Traitement médical, hospitalisation,...)

-que mon enfant **sait nager** au moins 25 mètres et s'immerger

-que mon enfant **est assuré** pour la pratique des activités inscrites au programme

Date et signature :

Certificat médical

je soussigné :

.....

DOCTEUR EN MÉDECINE, certifie avoir examiné le (ou la) jeune

.....

et n'avoir constaté ce jour aucune contre indication ne lui permettant pas la

pratique d'activités sportives et notamment celles exigeant des capacités

physiques particulières :

(Plongée en apnée, plongée en bouteille sans paliers, planche à voile, kayak,
Jet-ski, ski nautique, VTT, sports de plein air, équitation, speleo, via souterrata)

Il ou elle est également à jour de ses vaccinations.

Il ou elle est donc apte à participer aux activités proposés par la salle des ados de Gassin.

cachet et signature du médecin :