

**RENSEIGNEMENTS**

**CLASSE DE NEIGE DU 03 Février au 07 Février 2019**

**Merci de compléter cette fiche de renseignements :**

**Nom :………………………………………….. Classe :……………………………….**

**Renseignements SKI**:

*(il serait souhaitable que votre enfant connaisse les informations suivantes)*

Taille de l’enfant : ………………………………………………………….

Pointure : ……………………………………………………………………

Niveau de ski actuel : (*dernière étoile ou  « récompense » obtenue* ) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Renseignements personnels :**

**TRAITEMENT MEDICAL :**

Votre enfant suit un traitement médical régulier : **oui 🞎 non🞎**

 Si oui, les médicaments et l’ordonnance seront à remettre le jour du départ

**RECOMMANDATIONS PARTICULIERES :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

***(****Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance)*

Date :……………… Signature