

## Fiche d'inscription du séjour HIVER 2026 à COHENNOZ (73) 10/17 ans (nés entre 2016 et 2009)

### Renseignements du participant

Nom ..... Prénom.....  
 Date de naissance ...../...../..... Lieu de naissance.....  
 Sexe M  F  Classe .....  
 scolaire..... Établissement

Votre enfant possède-t-il son matériel personnel ? Si oui  casque  ski  chaussures

Si non merci de compléter obligatoirement les renseignements ci-dessous :

Taille : .....cm Pointure ..... Tour de tête ..... Cm Poids ..... kg  
 Niveau de ski de votre enfant :  pistes vertes  pistes bleues  pistes rouges  pistes noires

### Renseignements responsable légal 1

Nom de naissance..... Prénom .....

Nom d'usage si différent .....

Téléphone .....

E-mail .....

Adresse .....

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

Numéro allocataire CAF .....

Quotient familial .....

### Renseignements responsable légal 2

Nom de naissance..... Prénom .....

Nom d'usage si différent .....

Téléphone .....

E-mail .....

Adresse .....

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

Numéro allocataire CAF .....

Quotient familial .....

Je, soussigné(e) ....., agissant en qualité de  Père,  Mère,  Tuteur,

Autorise les organisateurs et l'équipe de direction à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires,  
 Autorise les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires,  
 M'engage à payer, ou rembourser, les frais médicaux, d'hospitalisation et divers, incomptant à la famille,  
 Autorise les organisateurs à transporter mon enfant en car pour les sorties,

Accepte,  N'accepte pas que mon enfant soit photographié et que son image soit utilisée et diffusée sans limite de durée pour tous supports imprimés ou numériques.

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et avoir pris connaissance du règlement intérieur de chacune des structures auxquelles sont inscrits les enfants ci-dessus et je m'engage à les respecter.

**Toute inscription fait office de réservation définitive. Toute annulation sera facturée sauf sur présentation d'un certificat médical.**

Fait à .....  
 Le .....

Signatures