



ASSOCIATION  
CONCORDE

## FICHE INSCRIPTION

Séjour concerné	ALBIEZ
Dates	
NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE HABITUELLE	
e mail des Parents	
Tel Fixe parents	
Tel portable parents	
ADRESSE DES PARENTS (DURANT LE SEJOUR DU JEUNE) si différente de ci-dessus	
Numéro allocataire CAF :	
ASSURANCE RESPONSABILITÉ civile	nom, numéro d'adhérent
NIVEAU SKI	
RENSEIGNEMENTS MEDICAUX IMPORTANTS CONCERNANT L'ENFANT (allergies, problèmes de santé, problèmes psychologiques ....)	
Recommandations utiles des parents	

Attestation sur l'honneur

Je soussigné ..... , responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation .....) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je m'engage à rembourser les frais de medecin et de pharmacie (même en cas de couverture CMU qui auront été avancés par l'association Concorde dès réception de la facture. Les feuilles de remboursement vous seront alors adressés en retour de votre paiement.

Date

signature

**JOINDRE PHOTOCOPIES CARNET DE VACCINATIONS**

