

## DOSSIER D'INSCRIPTION RANDONNEE ADOS LES ECURIES DE PALHERES

,	Prénom	
	Date de naissance Age	
	N° Licence FFE	
Nom de la Randonnée :		
du au		
Autorisation de soins médicaux		
Je soussigné(e)		
(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)		
N° sécurité sociale	Pays	
Tél domicile		
Tél portable		
±	le Palhères à faire donner tous les soins médicaux	
-	e nécessaires en cas d'accident, intervention	
	euse ou autre affection grave, après consultation	
d'un praticien, au mineur :		
	Prénom	
	Sexe	
Je m'engage à rembourser à la SARL Les Ecuries de Palhères l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) déboursés éventuellement pour mon compte.		
	le	
1 alt a	10	
	Signature	
Cas d'urgence		
La personne à contacter en mon absenc	re est :	
_	Lien de parenté	
	Pays	
Code postal	Tél	

tél: 04 66 69 55 40

Renseignements complémentaires (à remplir par les parents)			
L'enfant suit-il actuellement un traitement ?		$\square$ non	
Si oui, lequel			
Si oui, lesquelles			
Dans le cas d'un traitement pour allergies chroi lieu et les médicaments nécessaires dans leurs et Posologie conseillée :	niques, merci de joind mballages d'origine.	lre l'ordonnance si il y a	
Taille de l'enfant :	Poids:		
<ul> <li>Merci de joindre :         <ul> <li>Une photocopie de votre licence FFE (polition)</li> </ul> </li> <li>Autorisation de prendre en photo ou de filme</li> </ul>		nder au moment de	
L'équipe des Ecuries de Palhères peut être a cavaliers pendant les activités sportives ou la v pris en photographie ou filmé au cours de votre lettre indiquant votre refus avec le présent dossie	vie quotidienne. Si vo e séjour, nous vous re	ous ne souhaitez pas être	
Règlement du stage			
Montant:			
Règlement: - par chèque à l'ordre de « Eric SILLERE (Le chèque doit être joint à ce dossier d'i			
- ou par virement : nous demander les coo	rdonnées bancaires		

tél: 04 66 69 55 40