BD21307_

**Siège** : 6 Chemin long

67200STRASBOURG

Tél. 03 88 10 03 20 Fax 03 88 30 30 30

[**http://www.strasbourg.asptt.com**](http://www.strasbourg.asptt.com)

[**http://www.aspttstrasbourgski.com**](http://www.aspttstrasbourgski.com)

***Saison sportive***

***2018 / 2019***

#### **Section SKI : INSCRIPTION SAMEDIS DES NEIGES**

Votre enfant va participer aux Samedis des Neiges qui se dérouleront à la station de ski du Schnepfenried (Vosges). Cette activité est réservée aux enfants nés avant le 01/01/2012 ou ayant au moins 6 ans (nés avant le 01/01/2013) si l’enfant a acquis le niveau de ski « Ourson ».

En raison du nombre limité de places et de l’évolution rapide des groupes formés en début de saison, nous **demandons pour les enfants inscrits un suivi régulier des sorties.** **Il ne sera plus possible d’accepter un enfant débutant qui n’aura pas participé aux sorties avant le 12 janvier.**

Dans l’urgence, tout renseignement concernant sa santé peut s’avérer indispensable. C’est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir compléter les renseignements ci-dessous, et de nous tenir informés de tout changement (traitement antibiotique, problème récent, ….).

Merci de votre compréhension.

NOM Prénom

Adresse domicile

Code postal Ville

**E-MAIL**

Date de naissance : …………………………… Groupe Sanguin : ……………………

Nom du médecin traitant : ……………………

***Certificat médical obligatoire à l’inscription :***

***Observations particulières (allergies, asthme, port de lentilles, traitement en cours) :***

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**Personnes à prévenir en cas d’accident :**

1. NOM, Prénom : …………………………………….………….. Téléphone : ……./..…../..…../.……/..…..

2. NOM, Prénom : …………………………………….………….. Téléphone : ……./..…../..…../.……/..…..

3. NOM, Prénom : …………………………………….………….. Téléphone : ……./..…../..…../.……/..…..

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, ……………………..……représentant légal de l’enfant, ………………………………………………………………………………………………………………………

Autorise les moniteurs ainsi que les responsables du Club ASPTT Strasbourg, à prendre toutes les mesures nécessaires, en cas d’accident et autorise le médecin consulté, en cas d’urgence, à toute intervention médicale, chirurgicale ou anesthésique nécessaire.

Je souscris à la licence FFS saison 2018/2109 **PRIMO : 82 €** comprenant RC, Défense et recours, Frais de secours, Recherche et premier transport ainsi que l'adhésion à l'ASPTT SKI

Fait à : ……………………………….le :……./….…./…….. Signature : ………………………….

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***LIEUX DE DEPART:***  STADE ASPTT  ROSHEIM  SELESTAT

|  |
| --- |
| **Niveau de Ski Alpin**  Débutant complet  J’ai mon **Ourson**  J’ai ma **Première étoile**  J’ai ma **Deuxième étoile**  J’ai ma **Troisième étoile**  Autres : …………………………………… . |