



Centre :	Activité : bien préciser :	Dates :
	Si Equitation : Niveau Galop :	

**Participant** Ancien de Class Open : NON  OUI  si oui code : .....

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	Nationalité : Sexe : M F
Lieu de naissance :	Département :
<b>Jeune « ordinaire » :</b> Collège <input type="checkbox"/> Lycée <input type="checkbox"/>	
Etablissement scolaire : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
<b>Jeune « différent » :</b> Autiste : <input type="checkbox"/> Trisomique : <input type="checkbox"/>	
Autre préciser : <input type="text"/>	
<b>Spécial hiver : informations pour la location du matériel.</b>	
Taille : 1m .....	Pointure : ..... Poids : ..... kg
Niveau : Ski : Débutant * ** ***	Compétition
(Entourer le niveau)	

**OBLIGATOIRE**

1 Photo couleur récente

Ne pas agraffer

Ne pas coller

<b>Religion</b> - Praticant : OUI NON	<b>Tabac</b> : OUI NON	<b>Régime ou allergie alimentaire</b> : OUI NON
Laquelle :		A préciser :

<b>Transport</b>	<input type="checkbox"/> Avec le groupe Class Open (voyage obligatoire en aller-retour)		
	<input type="checkbox"/> Par ses propres moyens	<input type="checkbox"/> Aller	<input type="checkbox"/> Retour
<b>Pour tout cas particulier faire une demande écrite</b>			

**Famille**

*Ecrire très lisiblement*

Nom :	Email :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone domicile :	

Père	<input type="checkbox"/> Marié	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Divorcé
Profession :	Tél professionnel :			
Portable :				

Mère	<input type="checkbox"/> Mariée	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Veuve	<input type="checkbox"/> Divorcée
Profession :	Tél professionnel :			
Portable :				

**Autorisation parentale indispensable**

Je, soussigné (e) : \_\_\_\_\_ père, mère, responsable légal

Autorise mon fils, ma fille, mon (ma) pupille, à participer au séjour organisé par Class Open à :

Autorise le directeur et le médecin à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toute décision d'intervention chirurgicale urgente, y compris l'anesthésie générale.

A : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ **Signature obligatoire**