



2<sup>ème</sup> WEEK-END

## *DECOUVERTE DES ACTIVITES DE MONTAGNE HIVERNALE*

Du vendredi 8 (au soir) au dimanche 10 février 2013

*Parc Naturel du Ballon d'Alsace (Vosges)*



\*\*\*\*\*

*En partenariat avec le Club Alpin des Hautes Vosges*

# DOSSIER D'INSCRIPTION

*Ouverts à TOUS les adhérents Trans-Forme,  
transplantés ou dialysés, accompagnateurs, sympathisants,  
débutants ou confirmés !*

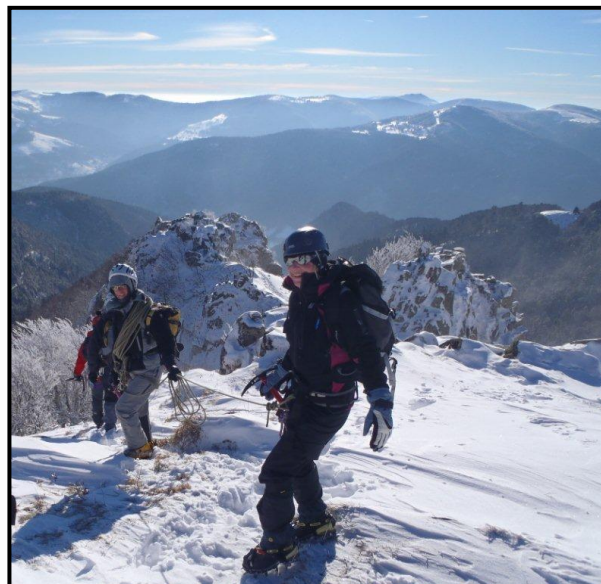
*Dans un cadre naturel et idyllique,  
partez à la découverte des activités et techniques employées en montagne !*

**Attention : nombre limité à 12**

## INFORMATIONS GENERALES

### I/ ACTIVITES PROPOSEES (selon la météo, la motivation et le niveau de chacun dans le groupe)

- **Randonnées à raquettes** à la découverte du Ballon d'Alsace
- **Initiation à l'alpinisme** (techniques d'assurage en terrain mixte, cramponnage, utilisation des piolets, encordement et techniques de progression)



**Encadrement assuré par des cadres diplômés du Club Alpin Français**

*Une adhésion temporaire "découverte" au Club Alpin Français incluant une assurance spécifique "activités de montagne" vous est offerte dans le cadre de votre inscription.*

### II/ LIEU D'HEBERGEMENT

Le centre de « Jeunesse en Plein Air de l'Aisne - La Jumenterie » vous accueille à Saint-Maurice sur Moselle (Vosges)

- Est situé à **1100 m d'altitude** dans le Parc Naturel du Ballon d'Alsace, à la jonction de 3 régions (Lorraine, Alsace, Franche-Comté) et de 4 départements (Vosges, Haut-Rhin, Haute-Saône, Territoire de Belfort)
- *Panoramas exceptionnels sur l'ensemble du massif des Hautes-Vosges (Guebwiller, Servance...), le Jura, les Alpes et le Mont-Blanc, la plaine d'Alsace, la trouée de Belfort et la vallée de Haute-Moselle*
- Ambiance chaleureuse et conviviale !
- Chambres de 2 à 4 lits
- Draps fournis
- **Pas de linge de toilette**



### III/ FRAIS D'INSCRIPTION

Les frais d'inscription sont de **55 € par personne adulte et accompagnateurs mineurs** (à régler par chèque à l'ordre de Trans-Forme et à nous retourner avec le bulletin d'inscription **avant le vendredi 11 janvier 2013**) et sont très fortement subventionnés par Trans-Forme.

**La participation des jeunes transplantés et dialysés est à titre gracieux, et est prise en charge par Trans-Forme.**  
*Un chèque de caution de 50€ (à l'ordre de Trans-Forme) doit cependant être envoyé à Trans-Forme avec le dossier pour confirmation de l'inscription (chèque non encaissé et rendu aux parents après le week-end).* Le cas échéant, ce chèque de caution sera encaissé par Trans-Forme en cas d'absence au stage.  
*Les compétiteurs mineurs non accompagnés seront placés sous la responsabilité d'une personne dûment mandatée par TRANS-FORME.*

#### Ce forfait comprend :

- les repas du vendredi 8 février au soir au dimanche 10 février midi, au *Centre de La Jumenterie*
- l'hébergement vendredi 8 février et samedi 9 février au *Centre de La Jumenterie*
- Le matériel technique nécessaire pour la réalisation des activités proposées samedi et dimanche (initiation à l'alpinisme ou raquettes)
- l'encadrement des activités par des cadres diplômés du Club Alpin Français
- Une adhésion temporaire "découverte" au Club Alpin Français incluant une assurance spécifique "activités de montagne"

#### Ce forfait ne comprend pas :

- Le transport de votre domicile jusqu'au lieu de séjour et le retour.
- L'adhésion 2013 à l'association Trans-Forme (obligatoire)

### IV/ ACCUEIL

L'accueil se fera **vendredi 8 février à partir de 18h** au *Centre La Jumenterie*. **Le repas est prévu à 19h.**

Adresse : 45, route du Ballon d'Alsace - 88560 Saint-Maurice sur Moselle - Tel : 03 29 25 11 11

**ATTENTION** : prévoir des pneus neiges ou chaines indispensables pour la montée au Centre La Jumenterie !

### V/ REGLEMENT

Pour pouvoir participer au week-end « Découverte des activités de Montagne hivernale », chaque participant doit :

- Satisfaire aux pré-requis médicaux Trans-Forme et fournir un dossier médical complet
- Certifier d'un entraînement physique régulier
- Etre adhérent à jour de sa cotisation. L'adhésion pour l'année 2013 est de 20€. Elle doit être réglée, le cas échéant, en sus du prix de participation et par chèque séparé (bulletin d'adhésion ci-joint).
- Avoir réglé les frais d'inscription.

### VI/ CONDITIONS MEDICALES REQUISES

**Pour les participants transplantés ou dialysés** : pour être autorisé à participer, il faut satisfaire aux pré-requis médicaux de Trans-Forme.

Attention ! Tout participant dont le dossier médical complet (attestation d'entraînement + M1 + M2) qui n'aura pas été reçu au bureau de Trans-Forme, impérativement **avant le vendredi 25 janvier 2013**, ne sera pas autorisé à participer au week-end. Merci de bien vouloir joindre également au certificat de type M2 la copie du compte rendu de l'épreuve d'effort.

**Pour les accompagnateurs et sympathisants** : ils devront fournir un certificat médical de moins de 3 mois de non contre-indication à la pratique des sports de montagne, impérativement **avant le vendredi 25 janvier 2013**.

**Attention – assurance annulation** : Trans-Forme invite les participants individuellement à prendre une assurance annulation. *Sauf raison médicale, aucun remboursement ne sera effectué par Trans-Forme en cas d'annulation.*

## VII/ MATERIEL

Voici un trousseau **non exhaustif** des matériels à emmener avec soi (conseils vivement recommandés pour passer un agréable séjour) :

- 1 serviette de toilette par personne
- Vêtements de montagne très chauds :
  - Sous-vêtements : tee-shirts manches longues en polyester si possible respirant - 2 maximum
  - Chaussettes épaisses en laine-polyamide (à bouclette) - type 'randonnée' - 2 paires
  - 2 Polaires
  - Anorak - veste imperméable, si possible respirant avec capuche
  - Gants imperméables (avec idéalement des sous-gants en soie ou équivalents)
  - Pantalons de montagne imperméable type 'collant'
  - Guêtres (option pratique qui est parfois intégrée dans les pantalons de montagne)
  - Bonnet en laine avec protection des oreilles
  - Chaussures de montagne haute à semelle rigide (idéalement imperméables et avec semelles Vibram)
- 1 sac à dos de petite taille (15/20l) par personne : avec bouteille d'eau / barres énergétiques / anorak / appareil photo ...
- Lunettes de protection de type 'ski'
- **Crème solaire de haute protection** : idéalement *Daylong Clinica du laboratoire Spirig*
- Bâton de marche
- Etc.

**Attention** : En montagne, on a coutume de s'habiller avec 2 ou 3 couches selon la météo et les activités : tee-shirt / polaire / veste « goretex » ou au minimum imperméable coupe-vent. Toutes ces affaires se trouvent à des prix abordables dans les magasins de type 'Décathlon', 'Au vieux campeur'... Il est également possible de louer des chaussures.

**Le matériel technique nécessaire pour la réalisation des activités proposées** (ex : baudrier, casque, crampons, piolets, corde, ...) **est fourni par le Club Alpin des Hautes Vosges, partenaire de Trans-Forme.**

**Les raquettes seront louées sur place par Trans-Forme** : *Si certains participants en sont déjà équipés, merci d'apporter votre matériel et de nous en informer le cas échéant.*

Renseignements & Inscriptions

Auprès de Anaïs GARNIER

Trans-Forme - 66 boulevard Diderot – 75012 Paris

Tel : 01 43 46 75 46 – Fax : 01 43 43 94 50

[anaïsgarnier@trans-forme.org](mailto:anaïsgarnier@trans-forme.org)

[www.trans-forme.org](http://www.trans-forme.org)



**BULLETIN D'INSCRIPTION - TRANSPLANTES OU DIALYSES  
OU ACCOMPAGNATEURS OU SYMPATHISANTS**

**Bulletin d'inscription à dupliquer en autant d'exemplaires que nécessaire**

**A nous retourner impérativement avant le vendredi 11 janvier 2013**

***Inscrivez-vous dès que possible, le nombre de place est limité !***

M.  Mme  Melle

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  M  F

Adresse complète : .....

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

Tél. domicile : ..... Tél. portable : .....

Email : .....

Transplanté(e) de ..... le .....

Dialysé(e) depuis le .....

Sympathisant(e).....

(merci d'indiquer : donneur – médecin – infirmière – kinésithérapeute – autre à préciser : .....) )

Je serai accompagné de (dossier d'inscription à nous adresser) : .....

Pointure : 34  35  36 37  38  39  40  41  42  43  44  45  46

**TRANSPORT**

J'arriverai le vendredi 8 février 2013 au Centre La Jumenterie par mes propres moyens vers : .....h.....

(accueil prévu à partir de 18h)

**CONTACT EN CAS D'URGENCE**

Nom et prénom de la personne à prévenir en cas d'accident : .....

Son n° de tel : .....

**BULLETIN DE REGLEMENT / REG**

**A nous retourner impérativement avant le vendredi 11 janvier 2013**

Prénom : ..... NOM : .....

**Forfait d'inscription** (transplantés et dialysés, accompagnateurs et sympathisants)

Arrivée vendredi 8 février à partir de 18h	Montant	Nombre	Total
Transplantés et dialysés - Adulte - 2 jours / 2 nuits	55 €		€
Transplantés et dialysés - Mineur - 2 jours / 2 nuits	A titre gracieux (chèque de caution de 50 €)		
Accompagnateurs et sympathisants - Adulte ou Mineur – 2 jours / 2 nuits	55 €		€
<b>TOTAL - A régler avant le <u>vendredi 11 janvier 2013</u></b>			€

Je joins un chèque de participation du montant indiqué ci-dessus, à l'ordre de TRANS-FORME.  
Trans-Forme accepte les règlements par chèques-vacances.

J'ai bien noté que le solde de ma participation est à régler avant le **vendredi 11 janvier 2013**.

***Rappel : Tous les participants transplantés, dialysés ou sympathisants doivent être adhérents. L'adhésion pour l'année 2013 est de 20€. Elle doit être réglée, le cas échéant, en sus du prix de participation et par chèque séparé.***

Date

Signature

**CERTIFICAT MEDICAL INDIVIDUEL**  
**ACCOMPAGNATEURS OU SYMPATHISANTS (NI TRANSPLANTES NI DIALYSES)**  
**UNIQUEMENT**

**A retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013**

**Ce certificat doit être complété, cacheté et signé par un médecin**

Je, soussigné Docteur : .....

Adresse : .....

.....

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

Téléphone : .....

Certifie avoir examiné en date du : .....

M., Mme, Mlle : .....

Né(e) le :

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à la pratique d'activités sportives de montagne pour participer au week-end de « Découverte des activités de Montagne » organisé par Trans-Forme du 8 (au soir) au 10 février 2013 dans les Vosges (Ballon d'Alsace).

Cachet du médecin

Signature du médecin

**FICHE SIGNALÉTIQUE**

**TRANSPLANTES OU DIALYSES UNIQUEMENT**

**A retourner impérativement avant le vendredi 11 janvier 2013**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Sexe :**  M  F

**Nationalité :** .....

**N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :** .....

**Adresse complète :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Tél. domicile :** ..... **Tél. portable :** .....

**Email :** .....

**Dialysé(e) depuis le** .....

**Transplanté(e) de** ..... **le** .....

**Le cas échéant, date de transplantation antérieure** .....

Votre centre de transplantation ou de dialyse : .....

**Adresse complète :** .....

**Code postal :** ..... **Ville :** .....

**Téléphone :** .....

**Votre médecin :** ..... **Son téléphone :** .....

Traitement habituel :

Allergies ou médicaments interdits :

En cas d'urgence, prévenir :

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Téléphone :** .....

**Médecin :** ..... **Tél :** .....



**ATTESTATION D'ENTRAINEMENT**  
**TRANSPLANTES OU DIALYSES UNIQUEMENT**

**A retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013**

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_ certifie pratiquer une activité physique et sportive régulièrement :  
\_\_\_\_\_ fois par semaine pendant au moins \_\_\_\_\_ minutes.

*Trans-Forme recommande un minimum de 3 fois par semaine pendant au moins 20 minutes.*

• **Je pratique en loisirs :**

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -

• **Je pratique en compétition :**

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 –  
*Niveau de compétition :*
- 2 –  
*Niveau de compétition :*
- 3 –  
*Niveau de compétition :*
- 4 –  
*Niveau de compétition :*

• **Mon traitement actuel**

	Nom du médicament	Fréquence/ 24 heures	Doses
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom, Prénom et Signature \_\_\_\_\_

**CERTIFICAT – TYPE M1 DU MEDECIN QUI VOUS SUIT  
EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**

**A retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013**

**Attention : valable pour les transplantés ou dialysés uniquement**

Le présent certificat médical est important pour l'organisateur pour appréhender la forme physique des participants au week-end. Nous vous remercions d'examiner votre patient pour savoir s'il est capable de participer aux activités sportives de montagne en hiver de votre point de vue médical – Merci d'avance de votre aide !

NOM DE LA MANIFESTATION : \_\_\_\_\_

DATE DE LA MANIFESTATION : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

certifie que l'état de santé de M. - Mme – Mlle \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_

❖ Dialysé(e) (1) depuis le \_\_\_\_\_

❖ Transplanté(e) (1) de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

- Pour les transplantés de cœur, indiquez la date de la dernière coronarographie ou échographie de stress :  
\_\_\_\_\_

- Pour les transplantés de poumon, indiquez la date de la dernière EFR :  
\_\_\_\_\_

- Taux d'hématocrite \_\_\_\_\_ %

- Taux d'hémoglobine \_\_\_\_\_ g/ml

- Taux de créatinine \_\_\_\_\_  $\mu\text{mol/l}$

- Le traitement en cours :

- Immuno-Suppresseur : \_\_\_\_\_

- Anti-Hypertenseur : \_\_\_\_\_

\* ne présente pas de contre-indication apparente à la pratique des activités sportives de montagne en hiver. (1)

\* présente actuellement une contre-indication. (1)

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature et cachet \_\_\_\_\_

(1) *Rayer la mention inutile*

**Contact Médical** (uniquement le soir et à l'usage des médecins)

Dr Francine MECKERT : 06 70 07 21 73

**CERTIFICAT – TYPE M2/1**  
**DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**  
**ADULTES**  
**MINEURS DIALYSES**  
**MINEURS TRANSPLANTES DE CŒUR OU/ET POUMONS**

**A retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013**

**Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort**

**Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.**  
**Merci de bien vouloir joindre au certificat une copie du compte rendu de l'épreuve d'effort.**

NOM DE LA MANIFESTATION : \_\_\_\_\_

DATE DE LA MANIFESTATION : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), Docteur \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

1. **déclare avoir pris connaissance du compte-rendu de l'épreuve d'effort, de la N.F.S. et du profil tensionnel d'effort (effectués par cardiologue ou médecin du sport)**

effectués pour M. - Mme - Mlle \_\_\_\_\_

datant de (2) : \_\_\_\_\_

**Concernant les résultats de l'épreuve d'effort, doivent impérativement être indiqués :**

- le traitement en cours : \_\_\_\_\_
- la date de l'Epreuve d'Effort : \_\_\_\_\_
- la Puissance Maximale tolérée et la durée : \_\_\_\_\_
- le % de Fréquence Maximale Théorique : \_\_\_\_\_
- la cause de l'arrêt de l'effort : \_\_\_\_\_
- le résultat du tracé ECG d'effort (1) : \_\_\_\_\_ sans anomalie - avec anomalie
- la tension artérielle au repos et maximale : \_\_\_\_\_

2. **déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1) \_\_\_\_\_**

**Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :**

- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse,
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec :
- de l'ECG de repos (à joindre si possible) : \_\_\_\_\_
- du test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : \_\_\_\_\_ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : \_\_\_\_\_ mmHg
- tension artérielle 1 minute récu : \_\_\_\_\_ mmHg
- du taux d'hémoglobine : \_\_\_\_\_ g/ml
- du taux d'hématocrite : \_\_\_\_\_ %
- pour le transplanté rénal, du taux de créatinine : \_\_\_\_\_ μmol/l

3. **et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants en mode loisir - entourer le/les sport(s) autorisé(s) :**

- raquettes
- alpinisme

4. **et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature et cachet**

(1) rayer la mention inutile / (2) Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les dialysés et transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.

**Contact Médical (uniquement le soir et à l'usage des médecins)**  
Dr Francine MECKERT : 06 70 07 21 73

**CERTIFICAT – TYPE M2/2**  
**DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION OU EN DIALYSE**  
**MINEURS NON DIALYSES**  
**MINEURS NON TRANSPLANTES DE CŒUR OU/ET POUMONS**

**A retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013**

**Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort**

NOM DE LA MANIFESTATION : \_\_\_\_\_

DATE DE LA MANIFESTATION : \_\_\_\_\_

**Je, soussigné(e), Docteur** \_\_\_\_\_ **Tél.** \_\_\_\_\_

1. **déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1)** \_\_\_\_\_

**Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :**

- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse,
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec :
- de l'ECG de repos (à joindre) datant impérativement de moins d'un an / date : \_\_\_\_\_
- du test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : \_\_\_\_\_ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : \_\_\_\_\_ mmHg
- tension artérielle 1 minute récu : \_\_\_\_\_ mmHg
- du taux d'hémoglobine : \_\_\_\_\_ g/ml
- du taux d'hématocrite : \_\_\_\_\_ %
- pour le transplanté rénal, du taux de créatinine : \_\_\_\_\_  $\mu\text{mol/l}$

2. **et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants en mode loisir - entourer le/les sport(s) autorisé(s) :**

- raquettes
- alpinisme

3. **et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)**

**Fait à** \_\_\_\_\_ **le** \_\_\_\_\_

**Signature et cachet**

(1) *rayer la mention inutile*

**Contact Médical** (uniquement le soir et à l'usage des médecins)

Dr Francine MECKERT : 06 70 07 21 73

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MINEUR – MIN –**

**A compléter par les parents  
et à retourner impérativement avant le vendredi 11 janvier 2013**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant ou l'adolescent. Cette fiche vous évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec des observations éventuelles.

NOM de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : M  F

**1 / VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé) :

- ANTIPOLIOMYELITIQUE ; ANTIDIPHTERIQUE ; ANTITETANIQUE ; ANTICOQUELUCHEUSE (Précisez s'il s'agit du DT polio, du DT coq, du Tétracoq, d'une prise polio)

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

- ANTITUBERCULEUSE (BCG) ; ANTIVARIOLIQUE ; AUTRES :

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ?

INJECTIONS DE SERUM : Natures	Dates
-------------------------------	-------

**2 / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- |                                   |                                      |                                    |                                     |                                 |
|-----------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rubéole  | <input type="checkbox"/> Varicelle   | <input type="checkbox"/> Angines   | <input type="checkbox"/> Scarlatine | <input type="checkbox"/> Otites |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Asthme |

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, etc..)

**3 / TRAITEMENT ACTUEL DE L'ENFANT**

Joindre l'ordonnance ou une photocopie et les médicaments pour la durée du séjour.

**Merci d'indiquer également l'heure précise de prise de chaque médicament.**

.....

.....

.....

.....

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MINEUR – MIN – (suite)**

**A compléter par les parents  
et à retourner impérativement avant le vendredi 11 janvier 2013**

**4 / INFORMATIONS MEDICALES – mineurs transplanté uniquement**

Organe transplanté : ..... Maladie initiale : .....

Date de transplantation : ..... Nombre de rejets : .....

Dates des derniers contrôles : ..... Date du dernier rejet : .....

Consultation : ..... Biologie : Biopsie : .....

..... Radio (coronarographie) : .....

Autres : .....

Traitement actuel : .....

Recommandations particulières du médecin :  
.....  
.....

**5 / RESPONSABLE DE L'ENFANT (Parents ou tuteur légal)**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse habituelle du responsable :  
.....  
.....

Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : .....

Tél. portable : ..... Email : .....

Adresse des parents ou du responsable légal pendant le stage (si différente de l'adresse habituelle) :  
.....  
.....

Téléphone des parents ou du responsable légal pendant le stage (si différent du N° habituel) :  
.....

N° DE SECURITE SOCIALE :  
.....

Joindre une photocopie de la carte de sécurité sociale en cours de validité.

**Contact Médical** (uniquement le soir et à l'usage des médecins)  
Dr Francine MECKERT : 06 70 07 21 73

**AUTORISATION PARENTALE – AP –**

**A retourner impérativement avant le vendredi 11 janvier 2013**

Je soussigné(e), responsable de l'enfant \_\_\_\_\_,

- déclare exacts les renseignements portés dans le dossier d'inscription,
- autorise mon fils/ma fille à participer au week-end de « Découverte des activités de montagne hivernale » organisé par Trans-Forme dans le Ballon d'Alsace (Vosges), qui se déroulera du vendredi 8 (au soir) au dimanche 10 février 2013,
- accepte pour celui-ci/celle-ci les règles de vie nécessaires à la bonne marche du séjour, et autorise le responsable du séjour, à prendre, le cas échéant, toute décision s'avérant nécessaire,
- autorise également les médecins du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom et qualité du responsable :

Père  Mère  Tuteur

Date :

Signature :