

FORMULAIRE D'INSCRIPTION TEAM LEMAN 2018

JOUEUR ou RESPONSABLE D'EQUIPE



LE PARTICIPANT

Nom et Prénom (tel que sur le passeport): _____

Adresse : _____ Code Postal : _____

Ville : _____ N° Portable : _____ Date de naissance : _____

Numéro Tel Fixe. : _____ E-mail : _____

JOUEUR GARDIEN RESPONSABLE D'EQUIPE

Responsable d'équipe de votre enfant : _____

ASSURANCES IHT Annulation, assistance - médicale, rapatriement : oui non

En collaboration avec Actuel'Assurance (10 quai Jeanne d'Arc – 37500 CHINON) I.H.T. vous propose un **contrat d'assistance** au prix de 50 EUR par personne incluant :

- la couverture des **frais médicaux** en cas d'accident ou de maladie. **Pour tous les enfants dont au moins un des parents se trouve sur place les familles devront faire directement l'avance de fonds** et ensuite prétendre à un remboursement avec l'assurance et respecter la « Procédure Assurance ».

- le **retour anticipé** en cas de décès ou hospitalisation d'un proche

- l'**assurance responsabilité civile** vie privée en villégiature au cas où vous êtes responsable dans un accident en complément de votre assurance responsabilité civile personnelle obligatoire

Tableau des montants de garanties : document transmis aux intéressés sur demande

INFORMATIONS MEDICALES-

Avez-vous déjà eu des maladies telles que : Varicelle, Rougeole, Oreillons, Scarlatine, autres précisez _____

Informations médicales devant être connues (prothèse, pacemaker...) : _____

• Allergies à préciser (chats/ chiens / poils d'animaux / autres) : _____

• Asthme : oui Diabète : oui Médicaments : oui Si oui, précisez _____

• Allergies alimentaires ou médicamenteuses : : _____

Est-il nécessaire de demander un repas spécial dans l'avion? **oui** **non** Si oui, veuillez remplir la ligne ci-dessous : _____

En cas de traitement ou d'allergies un questionnaire personnalisé vous sera transmis.

AUTORISATION

Je soussigné (e) _____ représentant légal agissant en qualité de _____ autorise l'enfant _____ à participer au séjour organisé par INTERNATIONAL HOCKEY TOURS ainsi qu'aux activités incluses dans le programme choisi.

En cas de malaise, accident ou maladie, je permets, par la présente, au personnel médical choisi par les responsables d'INTERNATIONAL HOCKEY TOURS de faire passer des radiographies, des examens et de donner des traitements à mon enfant. S'il est impossible de me joindre en cas d'urgence, je permets au médecin choisi par INTERNATIONAL HOCKEY TOURS d'hospitaliser mon enfant, de lui donner les traitements nécessaires et adéquats, telle une injection, une anesthésie ou même une chirurgie. Je reconnais que INTERNATIONAL HOCKEY TOURS ne saurait être engagé pour toute blessure encourue par le joueur durant la période complète du voyage, tant lors des matchs, des périodes de loisirs que lors des déplacements. Je confirme par la présente que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et qu'il est bien assuré au titre de l'activité pratiquée. Par la présente, j'atteste que les informations données sont exactes, que la personne concernée par ce questionnaire n'est affectée par aucune maladie contagieuse et que son état de santé n'est pas contraire au voyage et aux activités prévues ou à prévoir. IHT ne saurait être tenu responsable de tout oubli ou fausse déclaration sur ce questionnaire.

Je reconnais avoir pris connaissance et accepte les conditions du formulaire d'inscription Joueur.

DATE _____

SIGNATURE (du père)

SIGNATURE (de la mère)