

Nom				<p>Les informations ci-dessous seront traitées de manières confidentielles.</p> <p>Nous vous demandons de remplir les rubriques ci-dessous afin de pouvoir disposer rapidement de ces renseignements si nécessaire.</p> <p>Merci d'être complet, précis et de ne rien oublier !</p>
Prénom				
Rue/N ^o				
NP		Localité		
Pays				
Date de naissance				
Nom du ou des responsables légaux de l'enfant-jeune (pour les mineurs)	Nom :	Prénom :		
	Adresse :	Code postal :		
	Ville :	Téléphone :		
	Mobile :	e-mail :		
Date des derniers rappels pour	Tétanos rougeole)	ROR	(rubéole, oreillons,	
Votre enfant-jeune a-t-il des allergies ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, lesquelles ?)			
Restrictions alimentaires	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, lesquelles ?)			
Problème de santé particulier ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, lequel ?)			
Votre enfant-jeune prend-il des médicaments ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels et à quelle fréquence ? A quel moment ? A-t-il des habitudes particulières ? Gère-t-il cela seul ?			
	Le responsable légal veillera à donner au chef de camp les médicaments ainsi que la posologie avec toutes les instructions à connaître.			

<p>Acceptez-vous qu'en cas de nécessité, nous donnions un médicament à votre enfant-jeune ?</p>	<p>Antidouleur Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Remarques :</p> <p>Homéopathie Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Médec. contre les maux de ventre Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Médec. contre la diarrhée Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Pastilles pour le cou Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Autres Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p>
<p>Le responsable légal donne au chef de camp toutes les informations sur le comportement de l'enfant-jeune (sommambulisme, etc.).</p>	
<p>Nom du médecin traitant</p>	<p>Son nom et son téléphone</p> <p><input type="checkbox"/> Je n'en ai pas</p>
<p>Assurance accident</p>	<p>Coordonnées complètes :</p> <p>N° d'assurance :</p>
<p>Assurance maladie</p>	<p>Coordonnées complètes :</p> <p>N° de la Police :</p>
<p>Assurance RC</p>	<p>Coordonnées complètes :</p> <p>N° de la Police :</p>

Je, soussigné, autorise le chef de camp à prendre en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires pour le bien et la santé de mon enfant-jeune, suivant les conseils du corps médical, selon les circonstances présentes.

Je me déclare prêt à m'acquitter envers l'EERV, organisateur du camp, des montants qu'elle aurait à déboursier pour mon enfant-jeune des suites d'une maladie ou d'un accident (frais pharmaceutiques, hospitalisation, honoraires de médecin, ambulance, ...)

En cas de maladie/infection contagieuse, le responsable légal avertit le chef de camp et garde enfant-jeune à la maison. Si l'enfant-jeune développe des symptômes contagieux durant le camp, le chef de camp se donne le droit de le renvoyer à son domicile.

Merci d'interpeller le chef de camp sur des questions ou des compléments d'informations concernant ce questionnaire.

Lieu et date		Signature précédée de la mention « lu et approuvé »	
Assurance accident et maladie	Chaque participant est tenu d'être assuré contre les accidents et la maladie.		
Assurance responsabilité civile	Les activités de l'EERV sont couvertes par une assurance RC. Elle ne dégage pas pour autant la RC sous laquelle se trouve affilié l'enfant-jeune.		