

QUESTIONNAIRE SANTÉ

Les informations ci-dessous seront traitées de manière confidentielle par le-la responsable de l'activité et seront détruites à la fin du camp. Nous vous demandons de remplir les rubriques ci-dessous afin de pouvoir disposer rapidement de ces renseignements si nécessaire. Merci d'être complet, précis et de ne rien oublier !

Participant-e

Prénom

Nom

Adresse et N°

Localité

NPA

Date de naissance

N° AVS

Responsable légal
(Atteignable pendant le camp)

Prénom

Nom

Adresse et N°

Localité

NPA

Téléphone

E-mail

Santé

Allergies

Restrictions alimentaires

Informations supplémentaires / comportements particuliers
(somnambulisme, fugue, colère, handicap, ...)

Médecin traitant

Nom

Téléphone

Médicaments

Pharmacie de camp

Acceptez-vous qu'en cas de nécessité, nous donnions un médicament à votre enfant/jeune ?

Paracétamol (antidouleur)	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Ibuprofène (anti-inflammatoire)	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Mebucaïne (maux de gorge)	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Lactéol (diarrhée)	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Triofan (vasoconstricteur nasal)	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Cetallerg (allergie)	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>
Dulcolax (constipation)	non	<input type="checkbox"/>	oui	<input type="checkbox"/>

Médication régulière

Votre enfant/jeune prend-t-il des médicaments ?
Si oui, lesquels, fréquence, moment

Gestion autonome non oui

Eau

(En cas d'activité eau)

Votre enfant sait-il nager ? non oui

Débutant Intermédiaire (300m) Avancé (1000m)

Assurances

Maladie et Accident : Chaque participant-e est tenu d'être assuré-e contre les accidents et la maladie.

Assurance accident (nom)

Assurance maladie (nom)

Assurance RC (nom)

Les activités sont couvertes par l'assurances RC de l'EERV.

Celle-ci ne dégage pas pour autant les participant-e-s de leur responsabilité civile individuelle.

Annexes à fournir

- Photocopie de la carte d'identité / Passeport

- Photocopie de la carte d'assurance

- Photocopie du carnet de vaccinations (pour les camps à l'étranger)

Je, soussigné-e, autorise le-la responsable de l'activité 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-e à m'acquitter envers l'EERV, le-la responsable de l'activité, des montants qu'elle aurait à déboursier pour mon enfant des suites d'une maladie ou d'un accident (frais pharmaceutiques, hospitalisation, honoraires de médecin, ambulance, ...)

En cas de maladie/infection contagieuse, je m'engage à avertir l'équipe d'encadrement au plus vite pour garder mon enfant à la maison. En cas de nécessité médicale ou de comportement incompatible durant le camp, je m'engage à rester atteignable par les responsables du camp pour organiser le retour de mon enfant/jeune à domicile.

En cas de besoin, je contacterai le-la responsable de l'activité pour poser mes questions ou fournir des compléments d'informations utiles concernant la santé de mon enfant.

Lieu et date

Signature du responsable légal

=> À transmettre à la maîtrise de camp au plus tard une semaine avant le début de camp.