

7 Par ma signature

- je m'engage à rembourser au directeur du camp les frais de santé occasionnés pour mon enfant
- je m'engage à payer l'intégralité du prix du camp dans les délais prévus
- j'autorise le responsable du camp auquel j'ai confié mon enfant à le faire opérer en cas d'urgence ou à prendre toute mesure nécessaire à sa santé. Il va de soi que, dans la mesure du possible, le directeur du camp ou l'AJEG essaiera de me joindre avant.

Lieu Date_____

Signature du représentant légal

Remarques éventuelles et recommandations des parents :

Aucun enfant ne pourra participer au camp sans que cette fiche ne soit correctement remplie, dûment signée, et remise à l'équipe du camp au plus tard au moment du départ.

Nom_____ Prénom_____

Camp Tignass' à Couvet du 24 au 31 juillet 2022

www.tignass.ch

Fiche individuelle de renseignements



Merci de retourner cette feuille remplie au plus tôt à :

Yannick TROLLIET
Rue Dizerens 2
1205 GENÈVE

ou par mail à :
yannick@trolliet.info

1 Participant(e)

Nom Prénom _____
Date de naissance _____ Nationalité _____
Ecole fréquentée _____ Degré _____
A-t-il(elle) déjà participé à une colonie ou un camp : oui / non

2 Habite chez

Parents Père Mère Institution Autre _____
Nom Prénom _____
N° Rue _____
N° postal _____ Localité _____
Tél privé _____ Tél prof _____
Natel (portable) _____

3 Responsable légal (si autre que 2)

Parents Père Mère Institution Autre _____
Nom Prénom _____
N° Rue _____
N° postal _____ Localité _____
Tél privé _____ Tél prof _____
Natel _____

4 Personne pouvant être contactée durant le camp (si autre que 2)

Parents Père Mère Institution Autre _____
Nom Prénom _____
N° Rue _____
N° postal _____ Localité _____
Tél privé _____ Tél prof _____
Natel (portable) _____

5 Assurances

Nom et numéro de police des assurances du(de la) participant(e)

maladie N° police _____
accident _____ N° police _____
responsabilité civile _____ N° police _____

Attention : nous conseillons aux parents de contrôler les prestations prévues par leurs assurances maladie, accident et responsabilité civile.

6 Santé

Maladies antérieures

rougeole.....oui / non varicelle...oui / non scarlatine...oui / non
coqueluche...oui / non oreillons...oui / non appendicite..oui / non

Votre enfant a-t-il un problème ?

Votre enfant est-il ?

de dos oui / non. asthmatique oui / non
pulmonaire.....oui / non épileptique.....oui / non
rénal oui / non. hémophile.....oui / non
cardiaque.....oui / non
précisions :

Votre enfant est-il allergique.....oui / non

Si oui - à quel(s) médicament(s) ? _____
- à quoi d'autre ? _____

Autres maladies, accidents ou interventions chirurgicales

Vaccinations

date

date

BCG oui / non _____ Coqueluche...oui / non _____
Polio oui / non _____ Tétanos.....oui / non _____
Diphtérie.....oui / non _____

(la vaccination contre le tétanos est obligatoire)

Votre enfant mouille-t-il son lit.....oui / non

se lève-t-il la nuit.....oui / non
a-t-il des hémorragies nasalesoui / non
suit-il un régime alimentaire particulier....oui / non
si oui, lequel ? _____
prend-il régulièrement des médicaments...oui / non
si oui, lesquels ? _____

Porte-t-il ?

une prothèse....oui / non un appareil dentaire.....oui / non
des lunettes.....oui / non
des formes dans les chaussuresoui / non

Médecin traitant (nom, adresse, tél)

Autres indications concernant la santé de votre enfant