

Attention, toutes les informations demandées doivent être complétées ! Merci !

IDENTITE DE L'ANIMATEUR (adulte 18 ans et +)

NOM : Numéro de registre national : Prénom : Adresse : Date de naissance : Téléphone des parents ou de la personne responsable : E-mail des parents/pers responsable :

Nom et tél. du médecin traitant :

DONNEES MEDICALES

Diabète – asthme – affection cardiaque – épilepsie

Vaccin tétanos :
 Année :
 Rappel :
 Allergie à des médicaments : Lesquels
 Régime alimentaire :

Autres renseignements utiles :

Spécificités liées au coronavirus :

MERCI DE BIEN VOULOIR COCHER LES CASES POUR ACCORD

- Je m'engage sur l'honneur à quitter le camp en cas de maladie.
- Je certifie ne pas être malade ce jour de début du camp.
- J'ai pris connaissance des conditions de participation en cas de maladie ou de contact avec une personne COVID (voir lettre d'informations- gestion cas COVID-19) ;

Pour les participants souffrant d'une maladie chronique (groupe pédiatrique à risque cfr document sur notre site):
 j'atteste de ma bonne santé actuelle (et/ou certificat médical attestant d'un état de santé préalable compatible avec la participation au camp).

Personne (parent ou personne responsable) à prévenir en cas de nécessité : Nom : Adresse : Tél : GSM :
--

Date :

Signature obligatoire: