

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

IDENTITE DE L'ENFANT

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 (parent ou responsable sous-signé) à être contactable par téléphone et avoir la possibilité de venir rechercher mon enfant immédiatement 24h/24 pendant toute la durée du camp.
- Je certifie que mon enfant n'est pas 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 de cas COVID-19) ;

Pour les participants souffrant d'une maladie chronique (groupe pédiatrique à risque cfr document sur notre site):

- j'atteste de sa bonne santé actuelle (et/ou certificat médical attestant d'un état de santé préalable compatible avec la participation au camp) et j'autorise mon enfant à participer au camp.

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

Date :

Signature obligatoire: