

Inscription

Camp Golds 2021 du Mouvement « Les Ecureuils »

Les renseignements suivants nous permettront de prendre rapidement une décision judicieuse en cas d'urgence et de prévenir les parents. Nous vous prions donc de bien vouloir remplir avec soin ce formulaire et nous communiquer toute modification afin que nous puissions être à jour en tout temps.

Nous tenons à préciser que si un renseignement ne nous est pas communiqué et qu'il est à la source d'un incident qui aurait pu ainsi être évité, le Mouvement de Jeunes « Les Ecureuils » ne saurait en être tenu pour responsable.

1. Informations générales

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Degré CO : _____

2. Adresses de contact

Adresse des parents

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ NPA, domicile : _____
Tél. privé : _____ Mobile : _____
Adresse électronique : _____

Adresse d'une personne atteignable en cas d'absence des parents

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ NPA, domicile : _____
Tél. privé : _____ Mobile : _____

3. Généralités

Votre enfant sait-il nager ? oui / non (souligner ce qui convient)
Votre enfant est-il bon marcheur? oui / non

4. Santé

Maladie(s) ou allergie(s) dont souffre votre enfant ? (piqûres de guêpe, asthme, ...) : _____

Est-il actuellement en traitement ? _____

Quels médicaments sont prescrits afin de lutter contre ces maladies, allergies ? _____

Votre enfant doit-il prendre des médicaments spécifiques durant le camp ? _____

Si oui, lesquels ? (A donner au début du camp) _____

Doivent-ils être distribués par un moniteur ? Quand ? _____

Etes-vous donateur de la REGA (ou d'une autre assurance de ce type) ? _____

Si oui, le nom : _____ Le numéro d'assuré : _____

Assurance maladie de l'enfant : _____

Assurance accident de l'enfant : _____

5. Médecin traitant

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____ NPA, domicile : _____
Tél. privé : _____ Tél. prof. : _____

6. Divers

Remarques, désirs ou recommandations spéciales (religion, régime alimentaire spécial, énurésie) : _____

"J'autorise les accompagnants à donner à mon enfant, si besoin, les médicaments de 1^{ers} soins (Dafalgan/Algifor)

Date : _____ **Signature du représentant légal :** _____

"Je suis content(e) de participer au camp et je me réjouis de contribuer à son bon déroulement. Je m'engage à respecter la charte des Ecureuils dans mes rapports avec les autres Golds et les moniteurs."

Date : _____ **Signature de l'enfant :** _____

Merci de retourner ce document signé (parent et enfant) avec **une photocopie recto/verso de la carte d'assurance maladie jusqu'au 21 mai 2021 à Pacifique Gendre, ch. de la Carrida 14, 1740 Neyruz.**