

# Inscription

## Camp Ecureuils 2023 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 des Jeunes « Les Ecureuils » ne saurait en être tenu pour responsable.**

### 1. Informations générales

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Degré HarmoS / Primaire : \_\_\_\_\_

### 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) :

Par ma signature, j'autorise les accompagnants à donner à mon enfant, si besoin, les médicaments de 1<sup>ers</sup> 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 Ecureuils, les moniteurs et les personnes qui nous accompagnent"

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 5 juin 20223 chez Pillonel Eloïse, Allé Jean Tinguely 2, 1740 Neyruz.**