

Inscription au camp du Mouvement « Les Ecureuils » 2024

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 de 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 « Les Ecureuils » ne saurait en être tenu pour responsable.

Ce document sera traité de manière confidentielle.

Merci de cocher ce qui convient.

1. Informations générales

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Degré Ecu: _____

2. Adresse des parents

a. Mère :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ NPA, domicile : _____

Mobile : _____ Adresse électronique : _____

b. Père :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ NPA, domicile : _____

Mobile : _____ Adresse électronique : _____

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

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ NPA, domicile : _____

Tél. privé : _____ Mobile : _____

4. Santé

- Votre enfant souffre-t-il d'une maladie ? Oui
 Non

Si oui, laquelle ? _____

A-t-il des traitements à prendre ? Oui
 Non

Si oui, merci de préciser exactement le plan de traitement (nom des médicaments, posologie, fréquence, ...) :

- Votre enfant a-t-il des allergies ? Oui
 Non

A-t-il un traitement à prendre ? Oui
 Non

Si oui, merci de préciser exactement le plan de traitement (nom des médicaments, posologie, fréquence, ...) :

- Votre enfant a-t-il une intolérance ? Oui
 Non

Si oui, laquelle ? _____

- Y a-t-il un traitement ? Oui
 Non

Si oui, merci de préciser exactement le plan de traitement (nom des médicaments, posologie, fréquence, ...) :

- Votre enfant a-t-il des spécificités (énurésie, difficulté à la marche, ...) dont ils seraient nécessaires de nous informer ? Oui
 Non

Si oui, lesquelles ? _____

- A-t-il un traitement ? Oui
 Non

Si oui, merci de préciser exactement le plan de traitement (nom des médicaments, posologie, fréquence, ...) :

5. Généralités

- Votre enfant sait-il nager ? Oui
 Non

6. Assurance

Assurance de votre enfant : _____

7. Autorisation

Lors de la signature de ce document, vous acceptez que votre enfant reçoive les premiers soins par nos moniteurs formés (formation interne au mouvement des Ecureuils par du personnel diplômé). Vous acceptez également l'utilisation d'une médication de premier recours telle que Dafalgan, Algifor, Feniallerg, Ceteco, Fenistil Gel, Fenipic Plus roll on, Arnica, Euphrasia gouttes ophtalmiques, désinfectant type Merfen, pommade type Merfen, Bepanthen Plus ou onguent, Traumaplant, Bepanthen PRO Hydrogel.

8. Remarque

Date et signature du/des parent/s :

Date : _____ Signature/s : _____

Merci de retourner ce document signé avec une photocopie recto/verso de la carte d'assurance maladie jusqu'au 29 mai 2024 chez Pillonel Eloïse, Allé Jean Tinguely 2, 1740 Neyruz.