

# Inscription au camp Gold 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 : \_\_\_\_\_

## 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, difficultés 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. 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.**