

FICHE D'INSCRIPTION ET MÉDICALE INDIVIDUELLE

Camp Aventure 2011 – 3 au 13 juillet 2011

À faire compléter par les parents. Il est nécessaire de nous donner ces renseignements afin que nous puissions adapter la vie de la Section Aventure aux besoins et possibilités de votre enfant. Ce document comporte 2 pages, et doit nous parvenir au plus tard pour le lundi 20 juin 2011.

Ce formulaire est à envoyer à l'adresse suivante :

Vandy BERTEN – Rue Valduc 135 – 1160 Auderghem

IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : Prénom : Né(e) le :
Adresse : N° : Bte :
Code Postal : Localité :
Tél. privé : GSM : E-mail :

PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom : Lien :
Adresse : N° : Bte :
Code Postal : Localité :
Tél. privé : Tél. bureau : GSM :

Nom : Prénom : Lien :
Adresse : N° : Bte :
Code Postal : Localité :
Tél. privé : Tél. bureau : GSM :

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Prénom :
Adresse : N° : Bte :
Code Postal : Localité :
Tél. privé : Tél. bureau : GSM :

INFORMATIONS MÉDICALES CONFIDENTIELLES

L'enfant est-il atteint de :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Affection cardiaque | <input type="checkbox"/> Affection cutanée |
| <input type="checkbox"/> Rhumatisme | <input type="checkbox"/> Handicap moteur | <input type="checkbox"/> Handicap mental |

Si oui, indiquez la fréquence et la gravité :

.....

Est-il sensible aux refroidissements ? OUI NON
 Peut-il participer aux baignades ? OUI NON
 Est-il vite fatigué ? OUI NON
 Sait-il nager ? OUI NON
 Peut-il pratiquer du sport ? OUI NON
 A-t-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON Si oui lequel ?
 Est-il allergique aux médicaments ? OUI NON Si oui lesquels ?
 Est-il allergique aux matières ? OUI NON Si oui lesquels ?
 Est-il allergique aux aliments ? OUI NON Si oui lesquels ?
 Est-il allergique aux animaux ? OUI NON Si oui lesquels ?
 Est-il vacciné contre le tétanos ? OUI NON Date du dernier rappel :
 A-t-il reçu le sérum antitétanique ? OUI NON Date du sérum :
 Soins à prodiguer durant le camp :

.....

Médicaments à prendre durant le camp :

.....

Remarques particulières (douleurs, port de lentilles, régime alimentaire ...) :

.....

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), parent / responsable de, l'autorise à participer au Camp Aventure, organisé par la Section Aventure de la Croix-Rouge de Belgique, du 3 au 13 juillet 2011 à Spy.

En cas d'urgence, je délègue aux responsables de la Section Aventure (au médecin pour les questions d'ordre médical et chirurgical) le droit et le devoir de prendre toute décision qui s'avérerait nécessaire et indispensable, après avoir essayé de me contacter.

Eu égard à l'âge de mon fils / de ma fille, je décharge de leur responsabilité civile et pénale les responsables de la Section Aventure pour tout fait causé par mon fils / ma fille en cas de transgression des consignes données, en l'absence des responsables, nonobstant l'obligation normale de surveillance qui leur incombe.

Par ailleurs, j'autorise / je n'autorise pas mon fils/ma fille à fumer durant le camp.

Fait à Signature et la mention "lu et approuvé"

Le