



*(les données seront traitées de manière confidentielle et détruites après la plaine de vacances)*

Ces informations seront utilisées pour le suivi journalier de votre enfant et sont réservées à une utilisation interne par les collaborateurs et le cas échéant par les prestataires de santé consultés. Conformément à la loi sur le traitement des données personnelles, vous pouvez les consulter et les modifier à tout moment.

<b><u>PARTICIPANT</u></b>	
nom, prénom : .....date de naissance : ..... Adresse : .....téléphone : .....	
<p style="text-align: center;"><b><u>Personnes à contacter en cas d'urgence:</u></b></p> Mère - GSM : ..... Père - GSM : ..... Autres/ tuteurs - GSM : ..... <p style="text-align: center;"><b><u>Médecin de famille:</u></b></p> Nom : .....tél : .....	<p style="text-align: center;"><b><u>Données médicales spécifiques :</u></b></p> <p><b><u>Entourez</u></b> : problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnambulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental.</p> <p><b><u>Autres</u></b> : .....            Indiquer aussi la fréquence, la gravité et les actions à mettre en œuvre pour les éviter et/ou y réagir : .....</p> <p><b><u>Remarques importantes concernant l'usage de médicaments.</u></b></p> <p><i>les animateurs disposent d'une boîte de premiers soins. Dans le cas de situations ponctuelles ou dans l'attente de l'arrivée du médecin, ils peuvent administrer les médicaments cités ci-dessous et ce à bon escient.</i></p> <p><i>du désinfectant, une pommade réparatrice en cas de brûlure solaire et calmante en cas de piqûre d'insecte. En cas d'urgence, les parents/tuteurs seront avertis le plus rapidement possible. Néanmoins, s'ils ne sont pas joignables et que l'urgence le requiert, l'intervention se fera sans leur consentement.</i></p>
<p style="text-align: center;"><b><u>Natation à partir de 5 ans</u></b> (sait-il/elle nager) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Très bien/ Bien/ moyen</li> <li><input type="radio"/> difficile/ pas du tout/ peur de l'eau</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Handicap</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>contactez notre service au 02/423.12.93</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b><u>avant inscription</u></b></p>
<p><b><u>Allergies ( aliments, substances, médicaments...)</u></b> : oui / non – si oui :            lesquelles : .....            .....            Conséquences :            .....            .....</p>	
Maladie/interventions médicales (ex . rougeole, appendicite.....): oui/non. Si oui lesquelles/laquelle : ..... Vaccin tétanos: oui/non - si oui, l'année : ..... Régime Alimentaire ? Spécifiez : ..... ..... Autres renseignements importants à connaître ?(problème de sommeil, incontinence nocturne ,problèmes psychiques ou physiques, appareil auditif, lunettes....) : ..... Prise de médicament( uniquement avec attestation du médecin) : oui/non Si oui lesquels : ..... Autonome dans la prise de médicament ? oui /non	

« Je marque mon accord pour que la prise en charge ou les traitements estimés nécessaires soient entrepris durant la participation de mon enfant par le responsable du centre de vacances ou par le service médical qui y est associé. J'autorise le médecin local à prendre les décisions qu'il juge urgentes et indispensables pour assurer l'état de santé de l'enfant, même s'il s'agit d'une intervention chirurgicale. »

*La date et la signature du parent/tuteur*