



Questionnaire médical

Nom			
Prénom			
Rue/N°			
NP		Localité	
Pays			
Date de naissance			

Les informations ci-dessous seront traitées de manière confidentielle par Sylvie Dépraz ministre. Nous vous demandons de remplir les rubriques ci-dessous afin de pouvoir disposer rapidement de ces renseignements si nécessaire.

Merci d'être complet, précis et de ne rien oublier !
Svp, à retourner par retour de courrier à :
Sylvie Dépraz, Temple 13, 1030 Bussigny

Nom du ou des responsables légaux de l'enfant-jeune (pour les mineurs)	Nom :	Prénom :		
	Adresse :	Code postal :		
	Ville :	Téléphone :		
	Mobile :	e-mail :		
Date des derniers rappels pour	Tétanos	ROR	(rubéole, oreillons, rougeole)	
Votre enfant-jeune a-t-il des allergies ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, lesquelles ?)			
Restrictions alimentaires	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, lesquelles ?)			
Problème de santé particulier ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, lequel ?)			
Votre enfant-jeune prend-il des médicaments ?	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels et à quelle fréquence ? A quel moment ? A-t-il des habitudes particulières ? Gère-t-il cela seul ?			
Acceptez-vous qu'en cas de nécessité, nous donnions un médicament à votre enfant-jeune ?	Antidouleur	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Remarques :
	Homéopathie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
	Médec. contre les maux de ventre	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
	Médec. contre la diarrhée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
	Pastilles pour le cou	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
	Autres	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	



Questionnaire médical

Le responsable légal donne au chef de camp toutes les informations sur le comportement de l'enfant-jeune (sommambulisme, etc.).	
Nom du médecin traitant	Son nom et son téléphone <input type="checkbox"/> Je n'en ai pas

Assurances

Je, soussigné, autorise le chef de camp à prendre en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires pour le

Assurance accident	Coordonnées complètes : N° d'assurance :
Assurance maladie	Coordonnées complètes : N° de la Police :
Assurance RC	Coordonnées complètes : N° de la Police :

bien et la santé de mon enfant-jeune, suivant les conseils du corps médical, selon les circonstances présentes.

Je me déclare prêt à m'acquitter envers l'EERV, organisateur du camp, des montants qu'elle aurait à déboursier pour mon enfant-jeune des suites d'une maladie ou d'un accident (frais pharmaceutiques, hospitalisation, honoraires de médecin, ambulance, ...)

En cas de maladie/infection contagieuse, le responsable légal avertit le chef de camp et garde l'enfant-jeune à la maison. Si l'enfant-jeune développe des symptômes contagieux durant le camp, le chef de camp se donne le droit de le renvoyer à son domicile.

Merci d'interpeller la responsable sur des questions ou des compléments d'informations concernant ce questionnaire.

Lieu et date		Signature précédée de la mention « lu et approuvé »	
--------------	--	---	--

Assurance accident et maladie Chaque participant est tenu d'être assuré contre les accidents et la maladie.

Assurance responsabilité civile **Les activités de l'EERV sont couvertes par une assurance RC. Elle ne dégage pas pour autant la RC sous laquelle se trouve affilié l'enfant-jeune.**