





# Questionnaire médical

Le responsable légal donne au responsable du Caté toutes les informations sur le comportement de l'enfant/jeune (somnambulisme, etc.).  Nom du médecin traitant :	
---	--

## Assurances

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

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

A retourner par courrier à :      **Francine Guyaz, Pl. du Motty, 1024 Ecublens**