



Questionnaire médical

Nom			
Prénom			
Rue et n°			
NP		Localité	
Pays			
Date de naissance			

Les informations ci-dessous seront traitées de manières confidentielles.

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 !

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 ?	
	Le responsable légal veillera à donner au chef de camps les médicaments ainsi que la posologie avec toutes les instructions à connaître.	
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 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 : **Sylvie Dépraz, Temple 13, 1030 Bussigny**