

Questionnaire médical

A remplir et envoyer à elisabeth.verly@buewin.ch ou via le site internet <https://coloniestherese.com/depot-questionnaire-medical> **avant le 7 juillet 2021**

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe :

Adresse complète : _____

Date de naissance : _____

Nom et prénom du représentant légal : _____

Personne à convoquer en cas d'urgence durant le camp :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

No de téléphone : _____

Renseignements individuels concernant l'enfant

Ces renseignements restent confidentiels : ils ont pour but de permettre à l'enfant de passer un bon camp.

L'enfant quitte-t-il sa famille pour la première fois : _____

L'enfant mouille-t-il son lit (important de le signaler, nous pourrions ainsi prévenir en toute discrétion) :

L'enfant est-t-il sujet à des allergies ou à un médicament : _____

Si oui lesquelles : _____

Prend-t-il des médicaments : _____

Si oui, lesquels ? _____

Dosage et fréquences :

Très important de les donner, étiquetés , en nombre suffisant (un comprimé est si vite tombé, ou parfois vomit) à l'infirmière et de lui en parler.

Voir au verso

Autres renseignements que vous jugez important au sujet de la santé ou du comportement de votre enfant :

Nom de l'assurance Accident : _____

Nom de l'assurance maladie : _____

Nom de l'assurance RC : _____

Joindre une copie de la carte d'assurance (obligatoire)

Délégation des pouvoirs

J'autorise les responsables du camp à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant : téléphoner au médecin de garde, consultation à l'hôpital le plus proche.

Dans tous les cas, nous vous avisons le même jour.

Je me déclare prêt à m'acquitter envers les responsables du montant qu'ils auraient à déboursier par suite de maladie ou d'accident.

Remarques éventuelles :

Lieu et date : _____ - Signature : _____