



**1. Le participant :**

Nom : ..... Prénom : ..... (G/F)

Date de naissance : ..... Classe : .....

Nom du chef de famille : ..... groupe sanguin : .....

Adresse : .....

**2. Lieu de vie :**

Où l'enfant vit-il habituellement ? famille/institution/grands-parents

**Personne à contacter en cas d'urgence pendant le camp:**

1. Nom : ..... Tél. : ..... Lien de parenté : .....

2. Nom : ..... Tél. : ..... Lien de parenté : .....

Etes-vous en Belgique pendant le camp ? oui/non.

Adresse Mail : .....

**3. Loisirs :**

Y a-t'il des activités/ sports que l'enfant **ne peut pas pratiquer** ? OUI / NON

Lesquels ? .....

Peut-il/elle pratiquer la natation ? OUI / NON

Sait-il/elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout

**4. Santé :**

Nom du médecin traitant et téléphone : .....

Etat de santé actuel du participant : TB / B / Moyen

Quel est son poids ? .....

Est-il/elle **allergique** ? OUI / NON Si oui, à quoi ? .....

A certains **produits alimentaires** ? OUI / NON Si oui, lesquels ? .....

A certains **médicaments** ? OUI / NON Si oui, lesquels ? .....

A **d'autres choses** ? OUI / NON Si oui, à quoi ? .....

## 5. Informations médicales :

L'enfant souffre-t-il (de manière permanente ou régulière) de :

	Oui	Non	Si oui, quel est son traitement habituel ? comment réagir ? quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire et/ou d'annexer un document explicatif.
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Maladie contagieuse			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite			
Saignements de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Constipation			
Diarrhées			
Vomissements			
Mal de route			
Enurésie			
Autres...			

A-t-il/elle subi une **maladie** ou **intervention grave** ? OUI / NON

Si oui, quand et laquelle ?.....

Doit-il/elle prendre des **MÉDICAMENTS** pendant le camp ? OUI / NON

Si oui, le(s)quel(s), quand et pourquoi .....

Si oui, est-il/elle autonome pour les prendre ? OUI / NON

Porte-t-il/elle des **lunettes**/ un **appareil auditif**/ autre ?.....

Votre enfant est-il soigné par homéopathie ? OUI / NON

Souffre-t-il/elle d'un handicap ? OUI/NON Si OUI, lequel ?.....

A-t-el/elle été vaccinée contre le tétanos ? OUI / NON - quand : .....

*Les informations fournies sur cette fiche sont réputées exactes et complètes. Nous vous assurons que nous gardons ces données privées secrètes et que l'usage éventuel de ces données est en accord avec les directives de la protection des données à caractère personnel.*

*\* J'autorise mon enfant à être soigné par un autre médecin en cas d'accident et d'absence de ma part.*

Date :

Signature d'un ou des deux parents (nom en imprimé)