

**Attention, toutes les informations demandées doivent être complétées ! Merci !**

IDENTITE DE L'ANIMATEUR (adulte 18 ans et +)

NOM : .....	Numéro de registre national : .....
Prénom : .....	
Adresse : .....	
Date de naissance : .....	
Téléphone des parents ou de la personne responsable : .....	
E-mail des parents/pers responsable : .....	

Nom et tél. du médecin traitant : .....
---

DONNEES MEDICALES

Diabète – asthme – affection cardiaque – épilepsie

Vaccin tétanos : .....

Année : .....

Rappel : .....

Allergie à des médicaments : ..... Lesquels .....

Autres renseignements utiles : .....

.....

.....

**Spécificités liées au coronavirus :**

MERCI DE BIEN VOULOIR COCHER LES CASES POUR ACCORD

- J'autorise les encadrants à prendre les décisions médicales urgentes, et à contacter le médecin référent du participant ;
- Je m'engage sur l'honneur à quitter le camp en cas de maladie et je m'engage dans ce cas à consulter mon dès que possible (et endéans les 24h du retour au plus tard) mon médecin référent ou un autre médecin si ce dernier n'est pas disponible ; j'autorise la communication du résultat d'un éventuel test COVID réalisé sur moi même à la personne responsable du suivi des aspects médicaux de la bulle-camp.
- Je certifie ne pas avoir eu de symptôme de maladie (quelle qu'elle soit) au cours des 3 derniers jours et ne pas être malade ce jour de début du camp.
- J'ai pris connaissance des conditions de participation en cas de maladie ou de contact avec une personne COVID positive au cours des 14 derniers jours (voir lettre d'informations sanitaires) ;si j'ai été testé positif au covid ou si j'ai été en contact avec une personne positive au cours des 14 derniers jours ;

Pour les participants souffrant d'une maladie chronique (groupe pédiatrique à risque cfr document sur notre site):

- j'atteste de ma bonne santé actuelle (et/ou certificat médical attestant d'un état de santé préalable compatible avec la participation au camp).

Personne (parent ou personne responsable) à prévenir en cas de nécessité :	
Nom : .....	Adresse : .....
Tél : .....	GSM : .....

Date :

**Signature obligatoire:**