

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

IDENTITE DE L'ENFANT

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

Régime alimentaire :

.....

.....

.....

Autres renseignements utiles :

.....

.....

Spécificités liées au coronavirus :

MERCI DE BIEN VOULOIR COCHER LES CASES POUR ACCORD

- Je m'engage sur l'honneur (parent ou responsable sous-signé) à être contactable par téléphone et avoir la possibilité de venir rechercher mon enfant s'il présente des symptômes de maladie.
- Je certifie que mon enfant n'est pas malade ce jour de début du camp.

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

Date :

Signature obligatoire: