|  |
| --- |
| **Données personnelles du participant.e** |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Adresse : |  | NPA/Localité : |  |
| Date de naissance : |  | Sexe : |  |
| Téléphone mobile : |  | Degré de scolarité : |  |

Feuille de données personnelles

|  |
| --- |
| **Données personnelles du représentant légal** |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Adresse : |  | NPA/Localité : |  |
| Téléphone fixe : |  | Adresse email : |  |
| Téléphone mobile : |  |  |  |

*Vous pouvez ne remplir que les champs qui diffèrent de votre enfant.*

Personne(s) à joindre en cas d’absence des parents (Nom, prénom, numéros de téléphone (fixe et mobile)) :

|  |
| --- |
| **Etat de santé du participant** |
| Remarques sur l’état de santé (maladies, allergies, régime alimentaire spécial, médicaments, …) Vous pourrez donner les médicaments avec la posologie à Amélie Bulliard avant le départ en camp. |

|  |
| --- |
| **Données personnelles du participant.e** |
| Nom : |  | Prénom : |  |

|  |
| --- |
| **Médecin de famille** |
| Nom : |  | Prénom : |  |
| Adresse : |  | NPA/Localité : |  |
| Téléphone 1 :  |  | Téléphone 2 : |  |

|  |
| --- |
| **Assurances** |
| Maladie : |  | Accident : |  |
| Numéro d’assuré : |  | Numéro d’assuré : |  |

**Aptitude à la natation :**

 Ο Ne sait pas nager ο Débutant ο Moyen ο Avancé

**Abonnement de transports publics lors du camp :**

Ο AG ο ½ tarif ο Frimobil (toutes les zones)

**En plus de cette feuille de données personnelles, il nous faut des copies de chaque côté des deux cartes d’assurance (maladie et accident) et de la carte d’identité.**

Je soussigné confirme l’exactitude des informations fournies et autorise la maîtrise de camp à :

* Remettre à mon enfant des médicaments de premiers recours délivrés sans ordonnance (Dafalgan, Algifor, Mebucaine, …) en cas de nécessité ;
* Prendre les dispositions médicales qui s’imposent, en accord avec les médecins, en cas d’urgence ;
* À transporter mon enfant en véhicule lors des activités ;
* À publier des photos de mon enfant sur le site internet du groupe scout [www.st-raphael.ch](http://www.st-raphael.ch).

Lieu et date :

Signature du représentant légal :