Questionnaire médical

**Cers données sont destinées aux responsables en cas d’urgence, lors d’évènements imprévus survenant pendant le camp.**

**Elles doivent permettre aux responsables de prendre rapidement une décision quant aux mesures qui s’imposent et de prévenir les parents.**

**Seules les responsables de l’activité sont habilitées à consulter ces données.**

Le soussigné déclare inscrire au camp de voile du Cercle de la Voile d’Estavayer-le-Lac, avec son accord, son enfant et que ce dernier est en bonne santé et qu’il est assuré (obligation) contre les accidents et maladies pouvant survenir.

Nom : …………………………………………………….. Prénom : ……………………………………………….

Né(e) (le : ……………………………………………….

Assurance-maladie, caisse (Veuillez joindre une copie de ce(s) document(s) :

…….………………………………………………………. N° d’assurée : ………………………………………

Assurance-Accidents, caisse :

……..………………………………………………………. N° d’assurée : ………………………………………

**Informations médicales**

Maladies dont souffre votre enfant :

Allergies dont souffre votre enfant, veuillez signaler les traitements éventuels.

À des médicaments :

À des aliments :

À d’autres substances**:**

Doit-il prendre régulièrement des médicaments ? oui non

Si oui, lesquels :

Peut-il prendre ses médicaments seuls ? oui non

Si non, quand et combien :

Groupe sanguin (s’il est parfaitement déterminé par le corps médical)

Votre enfant suit-il un régime spécial ? oui non

Si oui, lequel :

Nom du médecin de famille : ……………………………………………………………………………..

Son adresse et n° de tél. : ……………………………………………………………………………..

**Remarques,** recommandations ou désirs spécifiques des parents et de l’enfant (ennui, peur du noir, être dans le même groupe que …….. etc.)

**En cas d’urgence, je soussignée, autorise les responsables du camp, à prendre toutes les mesures jugées utiles à la santé de mon enfant qui selon avis du médecin consulté, ne souffrent pas de délai** (les responsables en informeront les parents aussi vite que possible).

**Je m’engage également à m’acquitter envers le CVE des sommes déboursées en cas de maladie ou d’accident de mon enfant (hospitalisation, frais pharmaceutiques, frais dentaires, etc.).**

Lieu et date : ……………………………………….……………………..

Signature du représentant légal: ………………………………………………….…………..