

FORMULAIRE DE SANTÉ

SEMAINE : DU 18 AU 22 OCTOBRE 2021 DU 25 AU 29 OCTOBRE 2021

ENFANT

F G

NOM	
PRENOM	
DATE DE NAISSANCE	
ADRESSE	

ASS. MALADIE	
PROBLEMES DE SANTE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, lesquels)	_____
REGIME ALIMENTAIRE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (sans porc, végétarien)	_____
ALLERGIES ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, lesquelles)	<input type="checkbox"/> une intolérance, c'est-à-dire désagrément (maux de ventre, de tête...) si ingestion de l'allergène Traitement médical si nécessaire : _____ <input type="checkbox"/> une allergie pouvant mettre en danger (ex : œdème, gonflement des lèvres...) si ingestion de l'allergène Traitement médical si nécessaire : _____
DIVERS (à l'intention de l'équipe afin d'accueillir au mieux votre enfant)	somnambulisme, pipi au lit, etc _____
NIVEAU DE NATATION Remarques :	<input type="checkbox"/> Débutant <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> avancé <input type="checkbox"/> ne sait pas nager _____

MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION

PARENTS

Père Mère Personne responsable

NOM	
PRENOM	
TÉL. PRIVÉ	
TÉL. PORTABLE	
EMPLOYEUR	
TÉL. PROFESSIONNEL	
PERSONNE ATTEIGNABLE PENDANT LA DUREE DU CAMP	
NOM	
PRENOM	
TÉL. PORTABLE	

Le père, la mère ou la personne responsable :

- Autorise la Direction du camp à prendre toute disposition d'urgence nécessaire à la santé de l'enfant susmentionné, en cas de maladie ou d'accident.

Renens, le _____ Signature : _____

Je prends acte que mon enfant peut être photographié pour le journal du camp visible sur le site internet de la Commune de Renens.