QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

CAMP ONDALLAZ



SEMAINE

NOM DATE DE NAISSANCE ADRESSE COMPLÈTE ASS. MALADIE PROBLÈMES DE SANTÉ □Oui □Non	PRÉNOM □ FILLE □ GARÇON (ci qui locquele)		
ADRESSE COMPLÈTE ASS. MALADIE			
ASS. MALADIE	(ci qui locquole)		
	(ci qui locquole)		
PROBLÈMES DE SANTÉ □Oui □Non	(ci qui locquole)		
	(si oui, lesquels)		
ALLERGIES □Oui □Non (si oui, lesquelles)	□ une intolérance, c'est-à-dire désagrément (maux de ventre, de tête…) si ingestion de l'allergène Traitement médical si nécessaire :		
	□ une allergie pouvant mettre en danger (ex : œdème, gonflement des lèvres) si ingestion de l'allergène Traitement médical si nécessaire :		
RÉGIME ALIMENTAIRE □Oui □Non (sans porc, végétarien)			
DIVERS (à l'intention de l'équipe afin d'accueillir au mieux votre enfant)	Somnambulisme, pipi au lit, etc		
NIVEAU DE NATATION Remarques	□Débutant □moyen □avancé □ne sait pas nager		
PAREN	toute responsabilité en cas de vaccination urgente et nécessaire) T / REPRÉSENTANT LÉGAL		
□Père □Mère □Représentant légal	PRÉNOM		
NOM TÉL. PRIVÉ	TÉL. PORTABLE		
EMPLOYEUR	TEL. PORTABLE		
TÉL. PROFESSIONNEL			
PERSONNE ATTEIGNABLE PENDANT L	A DURÉE DU CAMP		
NOM	A DONLE DO CAMIF		
PRÉNOM			
TÉL. PORTABLE			

- Renens.

Lieu et date	Signature	

Ce document doit être transmis soit :

- Par mail : inscriptions-vacances@renens.ch
- Déposé au guichet
- Envoi par courrier à Service Culture-Jeunesse-Affaires scolaires, Rue de Lausanne 21, 1020 Renens