

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (Nom) (Prénom)
 père, mère, tuteur, répondant,

autorise (Nom) (Prénom)
à participer au camp baladin, meute, scout de la IIème Thiérache, Unité
Saint Remy,

qui se déroulera du / 07 / 2015 au 31 / 07 / 2015

à (localité) en Belgique.

Durant le camp, je le/la place sous l'autorité et la responsabilité des animateurs de section.

Au cas où, au cours du camp, son état de santé réclamerait une décision urgente et à défaut de pouvoir être contacté personnellement, je laisse toute initiative au médecin ou au chirurgien.

Date: / /

Signature :

Coordonnées de la personne à contacter en cas de problème :

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone :

GSM :

FICHE MÉDICALE INDIVIDUELLE

Attention!
La carte SIS de chaque enfant doit être remise avec cette fiche à l'animateur de section.

Emplacement pour une vignette de mutuelle :
Coller ici

Emplacement pour une vignette de mutuelle :
Coller ici

Identité de l'enfant

Nom : Prénom : Né(e) le / /
Adresse :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom - Adresse : Tél : /
Nom - Adresse : Tél : /

Médecin traitant

Nom - Adresse : Tél : /

Informations médicales confidentielles

L'enfant est-il atteint de :

- Diabète Asthme Épilepsie Somnambulisme Affection cardiaque
- Affection cutanée Rhumatisme Handicap moteur Handicap mental

Fréquence et gravité :

Est-il sensible aux refroidissements ?	Oui	Non
Est-il vite fatigué ?	Oui	Non
Est-il incontinent ?	Oui	Non
A-t-il un régime alimentaire ?	Oui	Non
Peut-il participer aux activités sportives ?	Oui	Non
Peut-il participer aux baignades ?	Oui	Non
Sait-il nager ?	Oui	Non
Est-il allergique à des médicaments?	Oui	Non
Si oui, lesquels ?		
.....		
.....		

Est-il allergique à certaines matières ou aliments ?	Oui	Non
Si oui, lesquels :.....		
.....		
.....		
A-t-il été vacciné contre le tétanos ?	Oui	Non
(Date du dernier rappel) :		
A-t-il reçu du sérum antitétanique ?	Oui	Non
(en quelle année).....		

Date : / /

Signature :