

Attention, toutes les informations demandées doivent être complétées ! Merci !

IDENTITE DE L'ANIMATEUR (adulte 18 ans et +)

NOM :
 Prénom :
 Adresse :
 Date de naissance :
 Téléphone des parents ou de la personne responsable :
 E-mail des parents/pers responsable :

Nom et tél. du médecin traitant :

DONNEES MEDICALES

Diabète – asthme – affection cardiaque – épilepsie

Vaccin tétanos :
 Année :
 Rappel :
 Allergie à des médicaments : Lesquels
 Autres renseignements utiles :

Spécificités liées au coronavirus :

MERCI DE BIEN VOULOIR COCHER LES CASES POUR ACCORD

- J'autorise la réalisation d'un test par un médecin ou un centre de test après évaluation clinique d'un médecin généraliste en cas de testing sur place.
- Je m'engage sur l'honneur à quitter le camp le plus rapidement possible en cas de maladie et je m'engage dans ce cas à consulter dès que possible (et endéans les 24h du retour au plus tard) mon médecin référent ou un autre médecin si ce dernier n'est pas disponible ; j'autorise la communication du résultat d'un éventuel test COVID réalisé sur moi même à la personne responsable du suivi des aspects médicaux de la bulle-camp.
- Je certifie ne pas avoir eu de symptôme de maladie (quelle qu'elle soit) au cours des 3 derniers jours et ne pas être malade ce jour de début du camp.
- J'ai pris connaissance des conditions de participation en cas de maladie ou de contact avec une personne COVID positive au cours des 14 derniers jours (voir « Procédure de gestion de cas Covid-19 ») ; si j'ai été testé positif au covid ou si j'ai été en contact avec une personne positive au cours des 14 derniers jours ;

Pour les participants souffrant d'une maladie chronique (groupe pédiatrique à risque cfr document sur notre site):
 j'atteste de ma bonne santé actuelle (et/ou certificat médical attestant d'un état de santé préalable compatible avec la participation au camp).

Personne (parent ou personne responsable) à prévenir en cas de nécessité :

Nom : Adresse :
 Tél : GSM :

Date :

Signature obligatoire: