

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

- Je m'engage sur l'honneur (parent ou responsable sous-signé) à quitter le camp si je présente des symptômes de maladie.
- Je certifie ne pas être malade ce jour de début du camp.

Personne (parent ou personne responsable) à prévenir en cas de nécessité :	
Nom :	Adresse :
Tél :	GSM :

Date :

Signature obligatoire: