SÉJOURS JEUNES 2025 - FICHE MÉDICALE

A COMPLÉTER EN MAJUSCULES ET À RENVOYER À :

info@tousenvadrouille.be
Tous en vadrouille
Place Verte, 41
4800 - Verviers

APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI
(OBLIGATOIRE)

INFORMATIONS SUR LE PARTICIPANT

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ...../...../.....
Sexe : ☐ F ☐ H
N° de carte d'identité (12 ans et +) : .....

INFORMATIONS SUR LE PARENT OU LA PERSONNE RESPONSABLE

Nom : .....
Prénom : .....
Rue et n° : .....
CP et commune : .....
Tél. : .....
E-mail : .....

VOTRE SÉJOUR

☐ Sport Aventure - Suisse | 09 au 16/08/2025

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE - A remplir par les parents (confidentiel)

Personne à contacter en cas d'urgence	Parenté	N° tél / GSM
1.		
2.		
Si 1. et 2. sont injoignables		
3.		

Nom et n° de téléphone du médecin du participant : .....

RENSEIGNEMENTS DE SANTÉ - A remplir par les parents (confidentiel)

Le participant peut-il participer aux activités proposées ? (sport, excursions, jeux, natation,...)

.....

Raison d'une éventuelle non-participation:.....

Sait-il/elle nager ? ☐ TB ☐ B ☐ Moyen ☐ Difficilement ☐ Pas du tout

A-t-il/elle peur de l'eau ? ☐ Oui ☐ Non

Y a-t-il des données médicales spécifiques importantes à connaître pour le bon déroulement de l'activité? (problèmes cardiaques, épilepsie, asthme, diabète, mal des transports, rhumatisme, somnanbulisme, affections cutanées, handicap moteur ou mental,...) Indiquer la fréquence, la gravité des troubles ou de l'affection et les actions à mettre en oeuvre pour les éviter et/ou y réagir. .....

.....

.....

Quelles sont les maladies ou interventions médicales subies par le participant ? (appendicite...)
En quelle année ? .....

.....

Le participant est-il vacciné contre le tétanos ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date du dernier rappel ? .....

Le participant est-il allergique à certaines substances, aliments ou médicaments ? Si oui, lesquels ?

.....

Quelles en sont les conséquences ? Quelle réaction avoir ?

.....

Le participant doit-il suivre un régime alimentaire ? Si oui, lequel ? Spécifiez

.....

Autres renseignements que vous jugez important de signaler (problèmes de sommeil, incontinence nocturne, problèmes psychiques ou physiques, port de lunettes ou appareil auditif,...)

.....

Si votre enfant prend des médicaments, est-il autonome dans la prise de ces médicaments ?
(Les médicaments ne peuvent pas être partagés entre les participants) ☐ Oui ☐ Non

Si non, merci de fournir une prescription de votre médecin, datée et signée, spécifiant le nom du médicament, la fréquence et la posologie. Ce document est à remettre au responsable lors du départ.

NOTE IMPORTANTE POUR LES PARENTS

Par leur signature ci-dessous, les parents :

1. Reconnaissent avoir pris connaissance de ce que «Tous en vadrouille» a pris des dispositions pour assurer la couverture des risques «responsabilité civile» lui incombant.
2. Autorisent, en cas d'urgence et dans l'éventualité où ils ne pourraient pas être contactés dans les délais requis, le chirurgien de l'établissement dans lequel l'enfant a été admis, à pratiquer sous narcose l'opération qu'il jugerait INDISPENSABLE (par exemple appendicite aiguë).
3. Si la présente fiche n'est pas complètement remplie, ou si la signature des parents manque, la direction du centre est autorisée à prendre les mesures d'urgence qui s'imposent pour la sauvegarde de la santé de l'enfant.
4. J'atteste que mon fils/fille ne présente pas une maladie importante ou un handicap nécessitant un traitement particulier.
5. J'autorise Tous En Vadrouille à utiliser les photos de mon enfant cf. brochures, dépliant ou site internet.

Veuillez joindre quelques vignettes pharmaceutiques.

Nom de/des signataire(s) et lien de parenté : Date et signature(s) :