



# Centre Protestant de Vacances

Rue du Village-Suisse 14 • 1205 Genève • Tél. 022/809.49.79 • Fax 022/809.49.78 • www.camps.ch • info@camps.ch

## FICHE DE SANTE

(à retourner complétée et signée au secrétariat du CPV – possibilité de remplir la fiche sur [www.camps.ch](http://www.camps.ch) via votre espace personnel)

### SEJOURS

Nom du camp : .....

Code du camp : .....

### PARTICIPANT

Nom et prénom du participant : .....

Date de naissance : .....

#### 1. PARTICIPANT

Nationalité : .....

Langues parlées : .....

École fréquentée : .....

Degré : .....

Premier camp de vacances ?

oui  non

#### 2. DOMICILE

(HABITE CHEZ)

Parents  Père  Mère

Institution  Autre: .....

Nom & prénom : .....

Adresse : .....

NPA & Ville : .....

Tél. privé : .....

Tél. portable : .....

E-mail : .....

#### 3. RESPONSABLE LEGAL

(SI AUTRE QUE N°2)

Parents  Père  Mère

Institution  Autre: .....

Nom & prénom : .....

Adresse : .....

NPA & Ville : .....

Tél. privé : .....

Tél. portable : .....

E-mail : .....

#### 4. PERSONNE POUVANT ETRE CONTACTEE DURANT LE CAMP

(AUTRE QUE N°2 OU N°3)

Lien avec l'enfant : .....

Nom & prénom : .....

Adresse : .....

NPA & Ville : .....

Tél. privé : .....

Tél. portable : .....

E-mail : .....

#### 5. ASSURANCES (responsabilité civile obligatoire)

Assurance maladie : .....

N° police : .....

N° de la carte d'assurance : .....

Assurance accident : .....

N° police : .....

N° de la carte d'assurance : .....

Assurance RC : .....

N° police : .....

#### 6. SANTE

##### a. Maladies antérieures

rougeole  coqueluche

varicelle  oreillons

appendicite

Précisions : .....

##### b. Problèmes de santé

dorsaux  pulmonaires

rénaux  cardiaques

asthme  épilepsie

hémophilie  .....

Précisions : .....

##### c. Allergies

alimentaires  respiratoires

cutanées  .....

Précisions : .....

##### d. Régime alimentaire

Régime alimentaire particulier

oui  non

Précisions : .....

##### e. Vaccinations

tuberculose  coqueluche

polio  rougeole (ROR)

diphtérie-tétanos (obligatoire + date)

Date : .....

##### f. Traitement médical en cours

Prise régulière de médicaments

oui  non

Raison du traitement: .....

Nom du médicament : .....

Posologie exacte : .....

##### g. Médecin traitant

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

NPA + Ville : .....

Tél. prof: .....

##### h. Autres indications de santé

(par ex. somnambulisme, pipi au lit, saignement du nez, etc...)

.....

.....

.....

Date et lieu : .....

Nom & prénom du responsable légal : .....

Signature du responsable légal : .....