



RENSEIGNEMENTS MALADIE, ACCIDENT ET DIVERS (Enfants 4-12 ans)

A remplir et à renvoyer à Ligue pour la lecture de la Bible, en courrier, par fax, par e-mail activites@ligue.ch ou à l'adresse indiquée sur la circulaire du camp **15 jours avant le début de l'activité.**

Si le participant tombe malade entre le moment où vous avez rempli ce questionnaire et le début de l'activité, veuillez le signaler au responsable de l'activité à l'arrivée.

N° de l'activité Responsable de l'activité

NOM Prénom Date naissance

participe à l'activité du au 20.....

Adresse et numéro de téléphone (+ n° de mobile) des parents ou de(s) personne(s) responsable(s) pendant la durée de l'activité:

.....
.....

Prénom du père Prénom de la mère

Confession Église fréquentée

Assurance maladie-accident section

Assurance responsabilité civile

Médecin traitant

Votre enfant souffre-t-il d'une allergie?..... Laquelle?.....

Autre(s) affection(s) éventuelle(s)?

Prend-il des médicaments? A quelle dose?

A-t-il été vacciné contre le tétanos? Quand?

Souffre-t-il de somnambulisme énurésie nocturne agitation (discipline)
 cleptomanie autre

Que pouvez-vous dire du caractère de votre enfant?.....
.....
.....

Autres remarques
.....

Ces données sont traitées confidentiellement

Nous avons pris connaissance, avec notre enfant, de la «Charte des activités LLB». En cas de problèmes, merci de prendre contact avec le directeur de l'activité.

Date Signature