



FICHE SANITAIRE

Week-end à Arzier samedi 5 et dimanche 6 avril 2025

1. PARTICIPANT-E (REPLIR UNE FICHE PAR ENFANT):

Nom : _____ Prénom(s) : _____
 Date de naissance (JJ.MM.AAAA) : _____ Nationalité : _____
 Sexe : M F A-t-il/elle participé récemment à une colonie/un camp ? oui non
 Rue : _____ N° : _____
 NPA/code postal : _____ Lieu : _____
 Souhaite être dans le dortoir avec : _____

2. PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Parent 1 Parent 2 Institution Autre
 Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____
 Tél. portable : _____ Email _____

Parent 1 Parent 2 Institution Autre
 Nom(s) : _____ Prénom(s) : _____
 Tél. portable : _____ Email _____

En cas d'urgence, les personnes à contacter doivent être joignables dans les six heures

3. ASSURANCES :

Maladie : _____ N° de police : _____
 Accident : _____ N° de police : _____
 Responsabilité civile : _____ N° de police : _____

4. SANTÉ :

L'enfant a un problème :

De dos : oui non
 Pulmonaire : oui non
 Rénal : oui non
 Cardiaque : oui non

L'enfant est :

Asthmatique : oui non
 Épileptique : oui non
 Hémophile : oui non
 Hyperactif(ve) : oui non

Si oui et selon l'affection, est-il/elle sous automédication ? oui non

Si nécessaire, précisez la conduite à tenir : _____

[Suite au Verso](#)

L'enfant est allergique : oui non Si oui,
A quel(s) médicament(s) : _____
A quel(s) aliment(s) : _____
À quoi d'autre : _____
Si oui et selon l'affection, est-il/elle sous automédication ? oui non
Si nécessaire, précisez la conduite à tenir : _____

L'enfant est intolérant : oui non Si oui, _____

Confort :

L'enfant porte :
Un appareil dentaire : oui non Des lunettes : oui non
Une prothèse : oui non
Des compléments orthopédiques (formes, cannes, ...) : oui non
Si oui, préciser : _____

5. DÉCHARGE ET ENGAGEMENTS :

Je soussigné-e _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille.

Par ailleurs :

- J'autorise le/la responsable du camp à prendre les mesures appropriées pour garantir la santé de l'enfant (médication simple avec la pharmacie du camp ou selon les indications fournies) ;
- J'autorise le/la responsable du camp à prendre toutes les mesures nécessaires pour gérer une situation d'urgence (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, transport d'urgence, ...). Il va de soi que la direction du camp s'efforcera, dans la mesure du possible, de me joindre avant ;
- Je m'engage à rembourser à la Région Arve et Lac les frais de santé occasionnés par la prise en charge de l'enfant ;
- Je m'engage à ce que mon enfant respecte les consignes de sécurités et les règles de vie en communauté qui lui seront prescrites par l'équipe d'animation du camp.
- J'autorise la région Arve et Lac à utiliser les photos/vidéos réalisées pendant le séjour pour la promotion de ses activités et les reflets de celle-ci, notamment sur le site <https://arve-et-lac.epg.ch/>
- J'accepte que les coordonnées de la famille (pas les indications médicales) soient transmises à l'Eglise Protestante de Genève, entité qui emploie les pasteurs qui accompagnent vos enfants. Pour tout renseignement sur la collecte et le traitement des données personnelles par l'Eglise protestante de Genève, merci de consulter notre déclaration de protection des données et notre politique de confidentialité sur <https://epg.ch/confidentialite/>

Lieu : _____ Date : _____

Signature(s) :