

Pour plus d'informations,
Contactez:

Camp For Life
route Saint Donat, 29
4960 Malmedy - Belgique

Gsm : +32 472 49 94 94
ou +32 472 78 97 25

E-mail : contact@campforlife.be
www.campforlife.be

NOUVEAU COMPTE
N° BE33 7512 1043 2446



Fiche d'Inscription

Comment s'inscrire ?

1. Remplissez en MAJUSCULE le formulaire d'inscription. Une fiche par participant et par camp. Vous pouvez la copier ou télécharger sur le net à l'adresse www.campforlife.be
2. Envoyez le formulaire à l'adresse du camp le plus tôt possible.
3. Effectuez le paiement à titre d'inscription au compte **BE33 7512 1043 2446** avec la mention : camp souhaité, nom et prénom du participant.
25 euros payables lors de l'inscription, le solde à régler 15 jours avant le début du camp.

Mon groupe de jeune:

Nom du campeur : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ Garçon - Fille

Nom du chef de famille : _____

Adresse : _____

N° : _____ Bte : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Gsm : _____

E-mail : _____

Camp choisi : du _____ au _____

Date et Signature du chef de famille:

Je soussigné(e) _____

Déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et autorise mon enfant ou mon pupille à participer au camp.

Par la présente j'autorise CAMP FOR LIFE A.S.B.L. à gérer les données de l'inscription et de la fiche médicale dans le respect du R.G.P.D..

* L'acompte de 25 eur est non remboursable. En cas de désistement tardif (c'est à dire dans les 7 jours qui précèdent le camp) la totalité du prix du camp est dû.

Exception pour le Corona voir condition sur le site internet.

Fiche médicale

À COMPLÉTER LISIBLEMENT PAR LES PARENTS OU PAR UN MÉDECIN.
(Biffer les mentions inutiles)

Personne à contacter en cas d'urgence pendant le camp

1. Nom : _____ Lien de parenté : _____
Tel : _____ Gsm : _____
2. Nom : _____ Lien de parenté : _____
Tel : _____ Gsm : _____
3. Nom : _____ Lien de parenté : _____
Tel : _____ Gsm : _____

Nom du médecin traitant : _____
Téléphone : _____

Loisirs

- Peut-il / elle participer aux activités sportives ? oui / non
- Peut-il / elle pratiquer la natation ? oui / non
Sait-il / elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout
- Est-il vite fatigué ? oui / non
- Est-il sensible aux refroidissements ? oui / non

Sommeil et repas

- A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non
Si oui, lequel ?

Santé

- Etat de santé actuel : TB / B / Moyen
- Est-il soigné par homéopathie ? oui / non
- Groupe sanguin :
- Quel est son poids ? _____ Sa taille ? _____

La personne inscrite souffre-t-elle de manière permanente ou régulière de (cochez les cases) :

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> affection cardiaque | <input type="checkbox"/> coups de soleil | <input type="checkbox"/> maladie contagieuse | <input type="checkbox"/> saignements de nez |
| <input type="checkbox"/> affection cutanée | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> mal du voyage | <input type="checkbox"/> sinusite |
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> diarrhée | <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> somnambulisme |
| <input type="checkbox"/> bronchite | <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> maux de ventre | <input type="checkbox"/> vomissements |
| <input type="checkbox"/> constipation | <input type="checkbox"/> insomnie | <input type="checkbox"/> autres ... | |

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

- A-t-il / elle subi une maladies ou interventions graves ? oui / non
Si oui, laquelle et quand ?

- Est-il/elle allergique ou sensible ?
À certains médicaments ? oui / non Lesquels ?
À certains aliments ? oui / non Lesquels ?
A d'autres choses ? oui / non Lesquels ?

- Si il ou elle à mal à la tête que pouvons-nous faire pour le soulager?

- Doit-il/elle prendre des médicaments durant le camp ? oui / non
Si oui, lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ?

- Souffre-t-il/elle d'un handicap particulier ? oui / non
Si oui, lequel ?

- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui / non

Date de la première injection :

Date du dernier rappel :

Si la personne inscrite n'a pas eu de rappel anti-tétanique ou qu'elle n'a pas été vaccinée dans les cinq dernières années, il est nécessaire qu'elle soit en ordre de vaccination avant le camp !

- Date du dernier examen médical :

De façon générale, autres remarques ? :

Les informations fournies dans cette « Fiche santé » sont exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du camp à prendre toute mesure médicale concernant le mineur qui s'avèreraient nécessaires (hospitalisation, traitement médical, ...)

Date, nom, prénom et signature du parent/tuteur :

NB : Veuillez emporter la carte d'identité du participant au camp.

