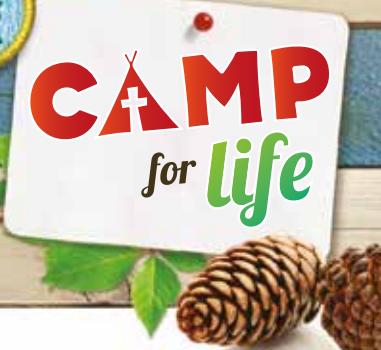


Pour plus d'informations,
Contactez:

Camp for Life ASBL
Rue du Camp 1
6672 Beho - Belgique
Gsm : +32 0472 49 94 94
ou +32 472 78 97 25
E-mail : contact@campforlife.be
www.campforlife.be
IBAN: BE33 7512 1043 2446
BIC: AXABBE22





**CAMP
DE
BEHO**

Louez le camp

Pour des vacances en famille ou entre amis, des retraites d'église, des camp d'enfants ou de jeunes,...

Infos et réservations:

+32 0472 49 94 94
ou +32 472 78 97 25

ou sur
www.campdebeho.be

Camp de Beho
Rue du Camp 1, 6672 Beho, Belgique

Inscription

1. Remplissez en MAJUSCULES le formulaire d'inscription. Une fiche par enfant 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 IBAN **BE33 7512 1043 2446** - BIC: **AXABBE22** avec la mention : camp souhaité, nom et prénom de l'enfant. 30 euros payables lors de l'inscription, le solde à régler 15 jours avant le début du camp.

Nom du campeur : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ Garçon - Fille

Nom du chef de famille : _____

N° National parent: _____ N° National enfant : _____

Adresse : _____

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

Tél : _____ Gsm : _____

E-mail : _____

Camp choisi : du _____ au _____

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..

Je soussigné(e) autorise le CAMP FOR LIFE A.S.B.L. à utiliser les photos et vidéos prises dans le cadre du camp dans ses publications.

Je soussigné(e) _____
Déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et autorise mon enfant ou mon pupille à participer au camp.

Date et Signature du chef de famille:

* L'acompte de 30 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 due.



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 / elle vite fatigué(e) ? oui / non
- Est-il / elle sensible aux refroidissements ? oui / non

Sommeil et repas

- Est-il incontinent? oui / non / souvent
- Faut-il le réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? oui / non
- Y a-t-il des aliments auxquels il est allergique ? oui / non
Si oui, lesquels ?
- A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non
Si oui, lequel ?

Santé de l'enfant

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

L'enfant souffre-t-il 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 ... | |

- A-t-il / elle subi une maladie ou subi intervention ? oui / non
Si oui, laquelle et quand ?

- L'enfant est-il 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?

- Votre fille est-elle réglée ? oui / non

- Doit-il prendre des médicaments durant le camp ? oui / non
Si oui, lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ? (Prévoir la prescription)

- L'enfant souffre-t-il d'un handicap particulier ? oui / non
Si oui, lequel ?

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

Date de la première injection :

Date du dernier rappel :

Si votre enfant n'a pas eu de rappel anti-tétanique ou qu'il n'a pas été vacciné dans les cinq dernières années,

IL EST IMPERATIF QU'IL SOIT EN ORDRE DE VACCINATION AVANT LE CAMP !

- Date du dernier examen médical :

De façon générale, autres remarques :

ATTENTION : Si votre enfant doit suivre un traitement médical (même les traitements habituels dans le cas d'une pathologie récurrente) nous devons désormais avoir un document signé et daté par votre médecin mentionnant le nom de l'enfant, la liste des médicaments à prendre, leur posologie et la durée du traitement. Sans ce document, nous ne pourrons administrer aucun médicament à votre enfant !

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 l'enfant qui s'avéreraient nécessaires (transport en ambulance, hospitalisation, traitement médical, ...)

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

NB : Veuillez nous remettre la carte KIDS-ID/ISI+ de votre enfant dès son arrivée au camp.