



Association Les Petits Débrouillards Genève

Renseignements individuels

Nom _____ Prénom _____

Date de l'activité _____ Date de naissance: _____

Merci de remplir les rubriques ci-dessous complètement et soigneusement.

Ces informations sont importantes pour assurer la sécurité de votre enfant et pour pouvoir vous joindre rapidement si nécessaire.

Ces informations ne remettent nullement en cause la participation de votre enfant aux journées, et restent confidentielles (seuls les responsables des Petits débrouillards et les animatrices et animateurs des journées de vacances en ont connaissance). Ces fiches sont détruites à la fin de l'activité.

Maladies

Votre enfant souffre-t-il actuellement d'une ou plusieurs maladies (par exemple: asthme, diabète, épilepsie/convulsions, mycoses, verrues plantaires, affections cardiaques, pulmonaires ou urinaires, hyperactivité, hémophilie, etc.)?

oui non si oui, laquelle ou lesquelles? _____

Suit-il un traitement régulier?

oui non si oui, lequel ou lesquels? _____

En cas d'accident

De quel groupe sanguin votre enfant fait-il partie? (par exemple A+, O-, etc.)

Vaccinations

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos (DiTéPer) ces cinq dernières années?

oui non

Important: veuillez joindre **une photocopie du carnet de vaccinations** de votre enfant; en cas de besoin, elle peut être très utile au corps médical. Cette photocopie est nécessaire pour les **journées**. Si toutefois vous ne l'avez pas actuellement en votre possession, vous avez la possibilité de nous le faire parvenir ultérieurement.

Allergies

À des médicaments (lesquels) _____

À des aliments (lesquels) _____

À d'autres substances (lesquelles) _____

Association Les Petits Débrouillards-Genève

28-30 av. Ernest-Pictet, CH-1203 Genève

Tel. : 076 499 02 15

info@lesptitsdebs.ch

CCP 17-596322-7

IBAN: CH68 0900 0000 1759 6322 7



Alimentation

Votre enfant suit-il un régime ou a-t-il des habitudes alimentaires particulières?

oui non si oui, lequel ou lesquels? _____

Autre(s) particularité(s)

Votre enfant souffre-t-il d'une ou de plusieurs autres particularités?

oui non si oui, laquelle ou lesquelles? _____

Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments?

oui non si oui, lesquels? _____

et pour quelle(s) raison(s)? _____

Si votre enfant doit prendre des médicaments durant le séjour, veuillez **les remettre au responsable de l'activité**, dans leur emballage d'origine, avec indication du traitement rédigée par le médecin traitant ou par vous-même. Merci de ne pas donner de pharmacie personnelle à votre enfant.

Si un projet d'accueil individualisé (PAI) a été établi avec le service de santé de l'enfance et de la jeunesse (SSEJ) dans le cadre de l'école en raison d'un problème de santé chez votre enfant, merci de nous en remettre une copie.

Personne atteignable en cas d'urgence

Veuillez nous indiquer la personne à avertir en cas d'urgence. Pour les participants vivant en institution, veuillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de la personne responsable de l'enfant pendant la durée des activités.

Nom _____ Prénom _____

Lien (parent, ami, voisin, éducateur, etc.) _____

Adresse: _____

Code postal et localité: _____

Tél. privé: _____ Tél. prof.: _____

Tél. portable: _____

Assurances

Nom de l'assurance maladie/accident: _____

Nom de l'assurance responsabilité civile: _____

Nous demandons aux participants d'être présents toute la semaine : les absences ou départs prématurés nuisent à la qualité de l'animation, à la dynamique du groupe et aux participants eux-mêmes (ceux qui restent et ceux qui sont absents). Merci de votre compréhension.