FORMULAIRE MÉDICAL

Summer Camps
Le Rosey

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce formulaire
et **le renvoyer avant le début du camp** à : **roseycamps@rosey.ch**

Nom _____

Prénom _____

Sexe ☐ M ☐ F Date de naissance ___ / ___ / ___ (J M A) Groupe sanguin *(facultatif)* _____

Taille _____ cm Poids _____ kg Âge _____

Personne à contacter en cas d'urgence (nom et téléphone)

_____

Antécédents médicaux et chirurgicaux

_____

Traitements actuels _____

Médicaments _____

Tout médicament doit impérativement être déposé à l'infirmerie, muni d'une étiquette indiquant le nom du détenteur et la posologie.Les enfants ne sont pas autorisés à garder des médicaments, quels qu'ils soient, dans leur chambre ; L'automédication est formellement interdite.

Allergies _____

Si votre enfant est sujet à des allergies (chevaux, chats, poussière, etc.), nous vous déconseillons de l'inscrire à l'équitation.

Asthme ☐ oui ☐ non Diabète ☐ oui ☐ non Hyperactivité ☐ oui ☐ non

Dermatie ☐ oui ☐ non Epilepsie ☐ oui ☐ non

Traitement psychologique en cours ☐ oui ☐ non Motif du traitement :

_____

VACCINATIONS

Si vous avez le certificat de vaccination de votre enfant, veuillez nous en envoyer une copie.

	Diphtérie	Tétanos	Polio
Date	_____	_____	_____
Date du Rappel	_____	_____	_____

☐ En cas d'intervention médicale la vaccination contre le tétanos peut s'avérer nécessaire. Veuillez cocher la case ci-contre si vous refusez que votre enfant soit vacciné.

Remarques _____

Le Rosey décline toute responsabilité en cas d'omission d'une information médicale importante sur ce formulaire.
Je déclare exacts les renseignements portés sur ce formulaire.

Date _____ Signature des parents ou Responsable Légal _____