



RENSEIGNEMENTS MALADIE

Association Coast in Movement
+41 76 612 50 68 / www.coastcamp.ch

À remplir et renvoyer à alix.nussbaumer@coastinmovement.ch

Si le participant tombe malade entre le moment où le questionnaire a été rempli et le début de l'activité, veuillez le signaler au responsable de l'activité à l'arrivée.

Titre de l'activité : COAST CAMP
Responsable de l'activité : Nathan Streiff

Campeur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Adresse :

Assurance maladie-accident :

Assurance responsabilité civile :

Souffrez-vous d'une allergie ? Si oui, laquelle :

Autre(s) affection(s) éventuelle(s) :

Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels et à quel dosage :

Avez-vous quelque chose de particulier à signaler :

Contact d'urgence

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

N° d'assuré :

Médecin traitant :

Acceptez-vous que des médicaments puissent être administrés à vous-mêmes (si vous êtes majeur), ou à votre enfant (s'il est mineur) en cas de besoin pendant le camp (par exemple pour la fièvre, les maux de tête, les allergies etc) ?

oui ☐

non ☐

Si oui, précisez lesquels :

Ces données sont traitées confidentiellement. En cas de problème, merci de prendre contact avec le responsable de l'activité.

Date :