

**FICHE D'INSCRIPTION ET MÉDICALE INDIVIDUELLE**  
**Camp Aventure 2016 – 3 au 13 juillet 2016**

À faire compléter par les parents. Il est nécessaire de nous donner ces renseignements afin que nous puissions adapter la vie de la Section Aventure aux besoins et possibilités de votre enfant.

Ce document doit-nous parvenir au plus tard pour le mercredi 22 juin 2016.

**Ce formulaire est à envoyer à Daniel YAGHCHIBÉKIAN à l'adresse suivante:**

1. par mail : [section.aventure@gmail.com](mailto:section.aventure@gmail.com) (préférable)
2. ou par courrier postal : avenue Gabrielle Petit 87 – 1480 Tubize

**IDENTITÉ DE L'ENFANT**

Nom : ..... Prénom : ..... Né le : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Privé : ..... GSM : ..... E-mail : .....

**PERSONNE(S) À CONTACTER EN CAS D'URGENCE**

**Maman** : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Privé : ..... GSM : ..... E-mail : .....

**Papa** : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Privé : ..... GSM : ..... E-mail : .....

**Autre** : Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. Privé : ..... GSM : ..... E-mail : .....

**MÉDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. cabinet : ..... GSM : ..... E-mail : .....

---

## INFORMATIONS MÉDICALES CONFIDENTIELLES

L'enfant est-il atteint de :  Diabète  Asthme  Épilepsie  Somnambulisme  Affection cardiaque  
 Affection cutanée  Rhumatisme  Handicap moteur  Handicap mental

Si oui, indiquez la fréquence et la gravité :

.....

Est-il sensible aux refroidissements ? OUI NON                      Est-il vite fatigué ? OUI NON

Peut-il participer aux baignades ? OUI NON                      Sait-il nager ? OUI NON

Peut-il pratiquer du sport ? OUI NON : Si non lequel ? .....

A-t-il un régime alimentaire particulier ? OUI NON : Si oui lequel ? .....

Est-il allergique aux médicaments ? OUI NON : Si oui lesquels ? .....

Est-il allergique aux matières ? OUI NON : Si oui lesquels ? .....

Est-il allergique aux aliments ? OUI NON : Si oui lesquels ? .....

Est-il allergique aux animaux ? OUI NON : Si oui lesquels ? .....

Est-il vacciné contre le tétanos ? OUI NON : Date du dernier rappel : .....

A-t-il reçu le sérum antitétanique ? OUI NON : Date du sérum : .....

Soins à prodiguer durant le camp :

.....

.....

Médicaments à prendre durant le camp :

.....

.....

Remarques particulières (douleurs, port de lentilles, régime alimentaire, situation familiale particulière...)

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (nom et prénom du ou des responsables) .....  
demeurant (adresse complète),.....

### Acte d'autorisation d'utilisation des supports audiovisuels

Atteste céder à la CRJ asbl et à la Croix-Rouge, sans contrepartie financière, le droit d'exploitation de mes supports photos et vidéos (droits de communication et de reproduction), réalisées lors du reportage lié aux activités de la Croix-Rouge.

Par la présente, je donne mon accord pour que la CRJ asbl et la Croix-Rouge utilisent et diffusent ces photos et vidéos sur différents supports commerciaux ou non commerciaux, à une ou plusieurs reprises (ex : site Internet, dépliants, newsletter, affiches, communications aux médias,...), et ce tant sur le territoire belge qu'à l'étranger. Je prends ici l'engagement de ne formuler aucune réclamation et de n'exiger aucune contrepartie financière pour cette utilisation.

J'autorise par ailleurs la CRJ asbl et la Croix-Rouge à recadrer ou retoucher, mes clichés, dans la mesure où cela ne porte pas atteinte à mon honneur ou à ma réputation, et si cela s'avère nécessaire.

Cet acte de cession prend effet aujourd'hui et reste valable pour une durée indéterminée.

En respect du droit de paternité, la CRJ asbl et la Croix-Rouge s'engagent à mentionner mon nom à chaque utilisation de ces photos.

Je suis conscient(e) du fait que je peux m'opposer à cette demande en refusant de signer la présente.

Fait à .....

Signature et la mention "lu et approuvé"

Le .....

### Autorisation parentale

Je marque mon accord pour que soient administrés, uniquement en cas de nécessité, les médicaments repris de manière exhaustive dans la fiche santé.

En cas d'urgence, je délègue aux responsables de la Section Aventure (au médecin pour les questions d'ordre médical et chirurgical) le droit et le devoir de prendre toute décision qui s'avérerait nécessaire et indispensable, après avoir essayé de me contacter.

Eu égard à l'âge de mon fils / de ma fille, je décharge de leur responsabilité civile et pénale les responsables de la Section Aventure pour tout fait causé par mon fils / ma fille en cas de transgression des consignes données, en l'absence des responsables, nonobstant l'obligation normale de surveillance qui leur incombe.

Par ailleurs,

J'autorise mon fils/ma fille à fumer durant le camp.

Je n'autorise pas mon fils/ma fille à fumer durant le camp.

Fait à .....

Signature et la mention "lu et approuvé"

Le .....