

## Questionnaire de santé et formulaire de consentement

### 1. Informations personnelles

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Dates du camp : \_\_\_\_\_

Personne de contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien avec le participant : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

E-mail de la personne de contact en cas d'urgence :  
\_\_\_\_\_

### 2. Antécédents médicaux

Veuillez nous fournir des informations détaillées sur les antécédents médicaux afin de nous aider à assurer des soins adaptés.

Le participant a-t-il des antécédents médicaux ?

Oui

Non

Si oui, merci de préciser :  
\_\_\_\_\_

Allergies

Pas d'allergies connues

Oui, à (merci de préciser) :  
\_\_\_\_\_

Légère  Modérée  Sévère (nécessite un EpiPen)

Maladies ou affections chroniques (p.ex., asthme, diabète, épilepsie, etc.) :

Aucune

Oui, merci de préciser :  
\_\_\_\_\_

Troubles de santé mentale (optionnel mais recommandé, p.ex. anxiété, dépression, TDAH) :

Aucune

Oui, merci de préciser :  
\_\_\_\_\_

### 3. Médicaments

Veillez indiquer tous les médicaments que le participant prend actuellement, ainsi que les consignes d'administration.

Le participant prend-il des médicaments ?

Oui

Non

Si oui, merci de préciser

Médicament : \_\_\_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Le participant est-il capable de le prendre sans surveillance ?  Oui  Non

Le personnel du camp est-il autorisé à administrer des médicaments si nécessaire ?

Oui

Non

Le participant peut-il prendre des médicaments en vente libre (par exemple, des analgésiques, des antihistaminiques, etc.) pour soulager des symptômes bénins ?

Oui

Non

### 4. Carnet de vaccination

Date du dernier rappel du tétanos : \_\_\_\_\_ (JJ/MM/AAA)

### 5. Restrictions alimentaires

Merci de préciser toutes allergies, restrictions ou préférences.

Allergies alimentaires (p.ex., noix, lactose, gluten, etc.) :

Aucune

Oui, merci de spécifier :

\_\_\_\_\_

Préférences alimentaires (p.ex., végétarien, végétan, halal, sans gluten, etc.) :

Aucune

Oui, merci de préciser :

\_\_\_\_\_

## 6. Limitations physiques

Le participant présente-t-il des limitations ou des restrictions physiques susceptibles d'affecter sa capacité à participer aux activités du camp ?

Non

Oui, merci de préciser :

-----

Le participant a-t-il récemment subi une intervention chirurgicale ou a été hospitalisé pour une raison nécessitant des soins ?

Non

Oui, merci de préciser :

-----

## 7. Consentement au traitement et à l'administration de médicaments

En signant ci-dessous, je certifie que :

- Toutes les informations fournies ci-dessus sont, à ma connaissance, exactes et complètes.
- J'autorise le personnel du camp à administrer tout médicament mentionné ci-dessus conformément aux instructions fournies.
- J'autorise le personnel du camp à administrer des médicaments en vente libre si nécessaire, sauf indication contraire ci-dessus.
- En cas d'urgence médicale, j'autorise le personnel du camp à faire en sorte que le participant reçoive les soins médicaux nécessaires. Cela inclut le transport vers un établissement médical et la communication avec les professionnels de santé.
- J'autorise le camp à partager les informations médicales pertinentes avec les professionnels de santé en cas de besoin.

## 8. Aptitude à participer

À votre connaissance, le participant est-il apte à prendre part aux activités du camp (randonnée, natation, sports collectifs, etc.) ?

Oui

Non

Si non, merci de préciser :

-----

9. Informations sur l'assurance (pour les citoyens de l'UE et de la Suisse)

Assureur santé : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

10. Signature et consentement

En signant ci-dessous, je confirme avoir lu et compris le contenu du présent formulaire et accepter les conditions susmentionnées.

Nom du participant : \_\_\_\_\_

Signature d'un parent / tuteur (si le participant est mineur) :

\_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_