## 

Participant	Nom:		Prénom :					
	Âge :		Taille :			Poids :		
Activité/Camp	Date :		Lieu :			Responsable :		
	Etat du participant avant ce d	camp / particulari	ités qui n'auraier	it pas été mentionnées	dans le dossie	r:		
Assurances								
Maladie :		N° assuré :		Accident :		N° assuré		
Personnes référentes à joindre en cas d'urgence		Nom Prénom			Numér	Numéros de téléphone		
Personne 1 (atteignable						'		
Personne 2 (atteignable	,							
Représentant légal (si différent)								
Médecin traitant du participant								
		<del> </del>						
Infos médicales	Туре	Conduite à te	nir					
☐ Allergies								
☐ Intolérances								
□ Diabète *								
☐ Epilepsie *								
□ Autre								
	acte médico-technique délègue ticipant ne prend pas de médi		rticipant prend u	ne médication, voir FIC	CHE MEDICALE	remplie au verso.		
Droitàl'image: ☐ J'auto	rise insieme Vaud à publier les	photos prises pe	ndant les camps	sur les réseaux sociaux	x, newsletter, jo	ournal, rapport d'activité , site internet	5	
Je n'au	Je n'autorise pas insieme Vaud à publier des photos de mon enfant/pupille/résident							

Nom Prénom :

Signature :

Date:

Visa Insieme Vaud

## FICHE MEDICALE

Nom:			Prénom :				Date de naissance :	
Nom du médicament	matin/heure	midi/heure	soir/heure	coucher/heure	réserve	façon/conseils pour la prise (entier, coupé, écrasé, dilué, etc		
Petite médication (en	cas de petits bobos)			•		·		
Nom du médicament	matin/heure	midi/heure	soir/heure	coucher/heure	réserve	façon/cons	eils pour la prise (entier, coupé, écrasé, dilué, etc.)	

Les médicaments prescrits doivent être préparés dans des pilluliers pour le nombre total de jours d'activité, à l'exception des liquides qui seront joints. Nous n'acceptons pas de boites de médicaments non préparés. Insieme Vaud est responsable d'administrer les médicaments, mais n'est pas responsable de contrôler le contenu des pilluliers.

☐ Cochez ici si le participant est capable de gérer seul sa médication. Le rangement en toute sécurité de la médication sera convenu avec le responsable de camp.

## Actes médicaux

La personne référente du participant, atteste, par sa signature, que les informations données sont correctes et validées par le médecin traitant du participant. Elle certifie que le traitement peut être administré, sans risques ou avec un complément d'informations, par le personnel sans qualification médicale préalable au sein des loisirs Insieme Vaud.

Signature personne référer	nte du participant	Visa Insieme Vaud
Date :	Nom Prénom :	
Signature :		