**Dossier confidentiel de l’enfant à remplir et à renvoyer signé au plus tard 6 semaines avant le départ du camp**

**Merci d’écrire en lettres majuscules / Le dossier est détruit à la fin du séjour**

|  |  |
| --- | --- |
| **SEJOUR** | **PARTICIPANT** |
| **Nom du camp :** | **Nom et Prénom :** |
| **Dates du camp :** | **Date de naissance complète + âge au démarrage du camp :** |
| **PRECISIONS** |
| **1. Participant** | **2. Domicile**  | **3. Responsable/s légal/aux** (si autre que 2) | **4. Personne de contact durant le camp** (si autre que 2 ou 3) |
| **Nationalité :** |  | **Habite chez :** |  | **Qui :** |  | **Lien avec l’enfant :** |  |
| **Langues parlées :** |  | **Nom & Prénom :** |  | **Nom & Prénom :** |  | **Nom & Prénom :** |  |
| **Ecole fréquentée :** |   | **Adresse :** |  | **Adresse :** |  | **Adresse :** |  |
| **Degré :** |  | **NPA & Ville :** |  | **NPA & Ville :** |  | **NPA & Ville :** |  |
| **Premier camp de vacances :** |  | **Tél. privé :** |  | **Tél. privé :** |  | **Tél. privé :** |  |
|  |  | **Tél. portable** |  | **Tél. portable :** |  | **Tél. portable :** |  |
|  |  | **E-mail :** |  | **E-mail :** |  | **E-mail :** |  |

|  |
| --- |
| **5. Assurances (obligatoires)** / prière de joindre une attestation pour chaque assurance ou copie des cartes d’assurance |
| **Nom assurance maladie :** | **No.police :** | **No. De la carte d’assurance :** |
| **Nom assurance accident :** | **No.police :** | **No. De la carte d’assurance :** |
| **Nom assurance RC :** | **No.police :** |  |

|  |
| --- |
| **6. Santé** |
| 1. **Maladies antérieures**
 | □ rougeole □ varicelle □ coqueluche □ oreillons □ appendicite □ Autres*Précisions :* |
| 1. **Problèmes de santé**
 | □ dorsaux □ rénaux □ hémophilie □ asthme □ pulmonaires □ cardiaques □ épilepsie □ ?*Précisions :* |
| 1. **Handicap**
 | *Précisions sur nature du handicap et incidences sur le potentiel de l’enfant :* |
| 1. **Allergies**

*Préciser aussi si allergie connue à un médicament et/ou aux animaux* | □ alimentaires □ cutanées □ respiratoires *Précisions :* |
| 1. **Régime alimentaire**

***Si végétarien, merci de préciser si l’enfant mange par exemple des œufs et du poisson*** | Régime aliment particulier□ oui / □ non*Précisions :* |
| 1. **Vaccination** (prière de joindre la copie du carnet de vaccination)
 | □ tuberculose □ coqueluche □ polio □ rougeole (ROR) □ diphtérie-tétanos (obligatoire + date)Date D.T. : |
| 1. **Traitement médical en cours** (Une fiche explicative détaillée devra accompagner le/s médicament/s que vous fournirez en quantité suffisante pour la durée du séjour. La fiche et le/s médicament/s seront remis à l’équipe d’animation dès la présentation de l’enfant à l’arrivée sur site.)
 | Prise régulière de médicaments□ oui / □ nonRaison du traitement :Nom du médicament :Posologie exacte : |
| 1. **Médecin traitant de l’enfant**
 | Nom et Prénom : Adresse :NPA + Ville :Tél. prof : |
| 1. **Autres indications de santé** (p.ex. somnambulisme, incontinence nocturne, saignement du nez, etc. tout ce qu’il vous parait nécessaire de signaler pour un meilleur encadrement de l’enfant. Si l’enfant souffre d’incontinence en journée merci de prévoir des habits de rechange en suffisance. Si votre enfant souffre d’incontinence nocturne, merci de joindre dans ses bagages une alaise de protection de matelas.)
 |  |
| 1. **Médicament interdit ou contre-indication médicale** (p.ex si vous refusez la prise d’un médicament en particulier, ou une opération chirurgicale d’urgence vitale)
 |  |
| 1. **Moyen auxiliaire**
 | Mon enfant porte-t-il…□ appareil dentaire □ lunettes □ lentilles de contact □ Autre (préciser) |

|  |
| --- |
| **7. Précisions utiles** |
| **Le potentiel de mon enfant :** 1. **Mon enfant sait aller seul aux toilettes**
2. **Mon enfant sait se laver / sécher seul**
3. **Mon enfant sait s’habiller seul**
4. **Mon enfant sait lacer seul ses chaussures**
 | □ oui / □ non*Si « non » préciser ses besoins d’aide :*□ oui / □ non*Si « non » préciser ses besoins d’aide :*□ oui / □ non*Si « non » préciser ses besoins d’aide :*□ oui / □ non |
| **Le caractère de mon enfant :** (brève description) |  |
| **Les activités préférées de mon enfant :** (2 à 3 suffisent) |  |
| **Les activités les moins appréciées de mon enfant :** (1 suffit) |  |
| **Pourquoi ce camp pour mon enfant :** (brève description des motivations) |  |
| **Natation :** | Mon enfant sait nager…□ pas du tout (préciser si peur de l’eau)□ avec bouée ou brassards□ sans aide |

**Les annexes mentionnées ainsi que la copie de la carte d’identité de l’enfant doivent impérativement être envoyées avec le présent dossier.**

**Ce dossier rempli/signé doit être renvoyé par voie postale** accompagné de la copie de l’attestation d’assurance RC, de la copie de la carte d’assurance maladie, de la copie de la carte d’assurance accident (ou copie de l’attestation d’assurance), de la copie de la carte d’identité. Pour les enfants ne dormant pas du tout à la ferme, la copie de l’attestation d’assurance RC est suffisante. **Toutes les pièces du dossier doivent être agrafées ensembles.** *Merci de ne pas envoyer l’entier de vos contrats et polices d’assurances, une simple attestation que vous pouvez obtenir auprès de vos assureurs concernés suffit.*

Environ une semaine avant le début du camp, vous recevrez par Email des précisions utiles (par exemple numéro de contact pendant les activités, trousseau d’habits/matériel, etc.).

**Aucun enfant ne pourra être accueilli si le dossier complet n’est pas en la possession d’AtheMae-Cabot’ins dans les délais mentionnés, mais le solde relatif à la réservation restera dû. Merci de vous référer à nos conditions générales et à la marche à suivre disponibles sur notre page web** [**www.cabotins.ch/camps**](http://www.cabotins.ch/camps) **.**

Si vous ne pouvez absolument pas amener ou venir chercher votre enfant dans les horaires indiqués, merci de nous en informer au minimum 30 jours à l’avance en nous précisant vos besoins horaires. Un aménagement est parfois possible moyennant un supplément à partir de 30.-/h par famille

Les retards en fin de journée sont facturés au quart d’heure au prix de 20.-/enfant.

*Par ma signature, je reconnais avoir pris connaissance des conditions-informations générales relatives au camp de mon enfant, et à en accepter les termes.*

**Dates et lieu : Nom & prénom du responsable légal : Signature du responsable légal :**