



FICHE SANITAIRE

Camp musical de la FJM
Du 6 au 12 juillet 2024
Centre Viva Gruyère « Les Dents Vertes » à Charmey



Cette fiche sanitaire est strictement confidentielle c'est pourquoi toutes les informations demandées doivent figurer sur le document, y compris le poids car il s'agit d'une information importante en cas de problème de santé ou d'accident.

En cas de modifications de traitement ou autre d'ici le début du camp, veuillez en informer la responsable médicale par écrit et/ou téléphone et remplir une nouvelle fiche sanitaire.

Responsable médicale : Muriel Varrin : 079/450.05.64 / muriel.varrin@bluewin.ch.

COORDONNEES DU/DE LA PARTICIPANT/E :		
Nom :	Prénom :	
Date de naissance (jour/mois/année) :		
Taille :	Poids :	
PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SEJOUR :		
Responsable en qualité de (<i>entourer ce qui convient</i>) : Maman Papa Autre :		
Nom :	Prénom :	
N° de téléphone professionnel :		
N° de téléphone privé :		
N° de natel :		
CAISSE MALADIE ET ACCIDENT :		
Nom de la caisse :	N° de la police :	
MEDECIN DE FAMILLE OU PÉDIATRE :		
Nom, prénom :	N° de téléphone :	
VACCINATION :		
Tétanos, date du dernier rappel :		
ALLERGIES (<i>médicaments, aliments, piqûres d'insectes, matières</i>) :		
ADMINISTRATION DE MEDICAMENTS :		
Je suis autorisé(e) à recevoir et à prendre des « médicaments de base » en cas de « petits bobos » (ex. maux de tête, maux de gorge, douleurs musculaires, aphtes, foulures, tendinites, vomissement, diarrhée, etc.). La priorité est donnée aux médicaments homéopathiques si cela convient au « petit bobo » (<i>entourer ci-dessous ce qui convient</i>) :		
OUI	NON	UNIQUEMENT APRES ACCORD DU REPRESENTANT LEGAL
Remarques :		

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS et/ou recommandations spécifiques pour certaines activités :		
PRISE DE MEDICAMENT(S) EN COURS :		
Raison du traitement :		
Nom du médicament :		
Dosage (<i>posologie quotidienne précise</i>) :		
Prise à surveiller (<i>entourer ce qui convient</i>) :	OUI	NON
Raison du traitement :		
Nom du médicament :		
Dosage (<i>posologie quotidienne précise</i>) :		
Prise à surveiller (<i>entourer ce qui convient</i>) :	OUI	NON
Raison du traitement :		
Nom du médicament :		
Dosage (<i>posologie quotidienne précise</i>) :		
Prise à surveiller (<i>entourer ce qui convient</i>) :	OUI	NON
OBSERVATIONS , y compris régime alimentaire :		
Signature d'un représentant légal :		
Signature du/de la participant/e :		
Lieu et date :		

A RETOURNER UNIQUEMENT PAR COURRIER POSTAL* LES JOURS SUIVANTS L'INSCRIPTION ONLINE MAIS AU PLUS TARD LE 5 MAI 2024 A :

Delphine Paratte
Camp FJM
Route de Montmasson 93
1633 Marsens

*** Attention, il n'est plus possible de retourner ce document par envoi électronique, merci d'en prendre bonne note !!!**