



Fiche d'Inscription

Comment s'inscrire ?

1. Remplissez en MAJUSCULE le formulaire d'inscription. Une fiche par enfant et par camp. Vous pouvez la copier ou télécharger sur le net à l'adresse www.campdebeho.be
2. Envoyez le formulaire à l'adresse du camp le plus tôt possible.
3. Effectuez le paiement à titre d'inscription au compte Fortis 035-7388314-59 avec la mention : camp souhaité, nom et prénom de l'enfant. 20 euros payables lors de l'inscription, le solde à régler 15 jours avant le début du camp.

Nom du campeur : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____ Garçon - Fille

Nom du chef de famille : _____

Adresse : _____

N° : _____ Bte : _____ Code postal : _____ Ville : _____

Tél : _____ Gsm : _____

E-mail : _____

Camp choisi : du _____ au _____

Date et Signature du chef de famille:

- Je soussigné(e) autorise mon enfant à participer à l'activité équitation et décharge l'organisateur et le personnel de toute responsabilité en cas d'accident en rapport avec celle-ci.
- Je soussigné(e) autorise le camp de la Bonne Nouvelle à utiliser les photos prises durant le camp dans ses publications.

Je soussigné(e) _____
Déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et autorise mon enfant ou mon pupille à participer au camp.

Pour plus d'informations,
Contactez:

Camp de Beho
Beho 108b
6672 Gouvy - Belgique

Tel : +32 080 340 312
Gsm : +32 0472 49 94 94

E-mail : info@campdebeho.be
www.campdebeho.be

NOUVEAU COMPTE
N° 035-7388314-59



Fiche médicale

À COMPLÉTER LISIBLEMENT PAR LES PARENTS OU PAR UN MÉDECIN.
(Biffer les mentions inutiles)

Personne à contacter en cas d'urgence pendant le camp

1. Nom : _____ Lien de parenté : _____
Tel : _____ Gsm : _____
2. Nom : _____ Lien de parenté : _____
Tel : _____ Gsm : _____
3. Nom : _____ Lien de parenté : _____
Tel : _____ Gsm : _____

Nom du médecin traitant : _____
Téléphone : _____

Loisirs

- Peut-il / elle participer aux activités sportives ? oui / non
- Peut-il / elle pratiquer la natation ? oui / non
Sait-il / elle nager ? TB / B / Moyen / Difficilement / Pas du tout
- Est-il vite fatigué ? oui / non
- Est-il sensible aux refroidissements ? oui / non

Sommeil et repas

- Est-il incontinent ? oui / non / souvent
- Faut-il le réveiller en cours de nuit pour aller aux toilettes ? oui / non
- Y a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? oui / non
Si oui, lesquels ?
- A-t-il/elle un régime particulier à suivre ? oui / non
Si oui, lequel ?

Santé de l'enfant

- Etat de santé actuel de l'enfant : TB / B / Moyen
- Est-il soigné par homéopathie ? oui / non
- Groupe sanguin :
- Quel est son poids ? _____ Sa taille ? _____ Sa pointure ? _____

L'enfant souffre-t-il de manière permanente ou régulière de (cochez les cases) :

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> affection cardiaque | <input type="checkbox"/> coups de soleil | <input type="checkbox"/> maladie contagieuse | <input type="checkbox"/> saignements de nez |
| <input type="checkbox"/> affection cutanée | <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> mal du voyage | <input type="checkbox"/> sinusite |
| <input type="checkbox"/> asthme | <input type="checkbox"/> diarrhée | <input type="checkbox"/> maux de tête | <input type="checkbox"/> somnambulisme |
| <input type="checkbox"/> bronchite | <input type="checkbox"/> épilepsie | <input type="checkbox"/> maux de ventre | <input type="checkbox"/> vomissements |
| <input type="checkbox"/> constipation | <input type="checkbox"/> insomnie | <input type="checkbox"/> autres ... | |

Pour les affections retenues, merci d'indiquer quel est le traitement habituel/comment réagir et quelles sont les précautions particulières à prendre :

- A-t-il / elle subi une maladies ou interventions graves ? oui / non
Si oui, laquelle et quand ?

- L'enfant est-il allergique ou sensible ?
À certains médicaments ? oui / non Lesquels ?
À certains aliments ? oui / non Lesquels ?
A d'autres choses ? oui / non Lesquels ?

- Votre fille est-elle réglée ? oui / non

- Si votre enfant à mal à la tête que pouvons-nous faire pour le soulager?

- Doit-il prendre des médicaments durant le camp ? oui / non
Si oui, lesquels, pourquoi et à quelle fréquence ?

- L'enfant souffre-t-il d'un handicap particulier ? oui / non
Si oui, lequel ?

- A-t-il été vacciné contre le tétanos ? oui / non

Date de la première injection :

Date du dernier rappel :

Si votre enfant n'a pas eu de rappel anti-tétanique ou qu'il n'a pas été vacciné dans les cinq dernières années, il est nécessaire qu'il soit en ordre de vaccination avant le camp !

- Date du dernier examen médical :

De façon générale, autres remarques ? :

Les informations fournies dans cette « Fiche santé » sont exactes et complètes. L'organisateur ne sera nullement incriminé pour des faits ou éléments n'ayant pas été annotés dans ce document. En cas d'urgence, et dans l'impossibilité de contacter les parents, ceux-ci autorisent le responsable du camp à prendre toute mesure médicale concernant l'enfant qui s'avèreraient nécessaires (hospitalisation, traitement médical, ...)

Date, nom, prénom et signature du parent/tuteur :

NB : Veuillez joindre la carte SIS de votre enfant dès son arrivée au camp.

