



# FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE D'ADOLESCENT

À COMPLÉTER ET À RETOURNER PAR  
RETOUR DU COURRIER

Séjour «Ados» : 09.08. / 15.08.2026 (E)

1. Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

2. Lieu et date de naissance : à : ..... le (jj/mm/aaaa) : .....

3. Quel est son groupe sanguin (si connu) : .....

4. Nom et adresse des parents (pendant le séjour) :

.....  
.....

Personne autorisée à venir chercher l'enfant le dernier jour (le samedi entre 10h30 et 11h30)

.....

5. Téléphone (pendant le séjour) : N°..... Mobile N°.....

6. Vaccinations (à remplir à partir du carnet de santé) :



**Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), nous recommandons fortement que votre enfant soit vacciné contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.**

- : ..... - : ..... - : .....

- : ..... - : ..... - : .....

7. Caisse maladie : ..... Numéro d'assuré : .....

8. Médecin traitant : .....

⇒ JOINDRE LA CARTE D'ASSURÉ en photocopie

9. L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Autres : .....
- Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Coqueluche	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
- Angines	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Otites	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
- Rhumatismes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....
- Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	- Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	.....

10. **Médicaments** : Si nécessaire, en cas de maladies légères, la direction administre les médicaments (Vicks, sirops, dragées contre les maux de gorge, la toux, bioflorin, crème contre les piqûres, les petites blessures, pansement et désinfectant, etc.).



Les médicaments de type analgésiques et anti-inflammatoire (paracétamol et ibuprofène) ne sont pas administrés sans l'accord des parents ou du médecin. En cas d'urgence (appel d'une ambulance) et avec l'accord du médecin, un médicament peut être administré sans l'accord des parents. Les parents sont contactés dans les plus brefs délais.

Les parents doivent informer ci-dessous la direction en cas d'allergies à un composant pharmaceutique ou à un médicament spécifique.

.....  
.....  
.....

11. **Suivi d'un traitement à la Colonie** : Merci de décrire ci-dessous le traitement et la posologie que doit suivre votre enfant durant le camp :

.....  
.....  
.....  
.....



En début de séjour, merci d'aller vers la direction pour transmettre les médicaments et les dernières indications afin de préparer ensemble un pilulier (mis à disposition par la Colonie).

12. **Régimes alimentaires, autres problèmes ou difficultés de santé** (allergies, crises convulsives, somnambulisme, etc.) :

.....  
.....  
.....

14. L'enfant part-il pour la première fois :  oui  non

15. **Droit à l'image** : Durant le séjour, nous réalisons une vidéo et des photos souvenirs des activités des jeunes. Ces souvenirs sont proposés à la fin du séjour et sont de fait mis à votre disposition pour un usage strictement privé (pas de partages sur vos réseaux sociaux, etc.). Certaines photos choisies sont utilisées sur le site internet de la colonie (hébergé en Suisse), pour illustrer notamment le blog des séjours. Nous ne diffusons pas de photos sur les réseaux sociaux où les enfants peuvent être reconnus.

Plus d'informations sur notre site internet à ce sujet : [www.camp-pleinsoleil.ch/donnees](http://www.camp-pleinsoleil.ch/donnees)

J'autorise à photographier et filmer mon enfant  
durant le séjour dans les buts décrits ci-dessus :  oui  non

16. Recommandations complémentaires des parents:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du camp à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations ...) rendues nécessaires par l'état de santé de votre enfant.**

**Date:**

**Signature:**