

Renseignements médicaux

Merci de remplir ce formulaire en lettres majuscules et lisiblement

Nom :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance :

.....

Allergies (aliments, médicaments, animaux, etc) :

Maladie chronique :

Médicaments :

Antécédents médicaux et chirurgicaux (avec dates) :

Divers :

Régime alimentaire particulier :

Autres remarques :

Attestation :

Je soussigné(e) :

- Déclare que les renseignements inscrits sur cette fiche sont exacts.
- Autorise les animateurs (-trices) responsables à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par un médecin.
- Accepte de s'acquitter des frais occasionnés pour les soins donnés à mon enfant, y compris les frais de transport.
- Déclare que mon enfant est assuré contre la maladie et les accidents en Suisse.

Genève, le

Signature :