

**DOSSIER CONFIDENTIEL****E. DECLARATION**

Je soussigné/e déclare autoriser les responsables du camp à prendre toutes décisions utiles concernant mon enfant, notamment en cas d'urgence médicale.

Je m'engage à payer le forfait du camp pour mon enfant avant le début du séjour. J'atteste également avoir pris connaissance du fait qu'en cas d'absence non excusée, l'intégralité du forfait reste due et ne sera pas remboursée.

J'atteste avoir répondu avec exactitude aux questions posées dans le dossier, n'avoir caché aucun renseignement nécessaire concernant mon enfant et avoir pris connaissance des conditions et informations générales.

Lieu et date : .....

Signature du/de la responsable légal/e : .....

**Croix-Rouge fribourgeoise**  
**Service Migration-Intégration**  
Rue G.-Techtermann 2  
1701 Fribourg  
Tél.: 026 347 39 70

**Camp d'été Croix-Rouge**  
**Du 06 au 12 juillet 2025 à La Forclaz (VS)**

*MERCI DE REMPLIR PERSONNELLEMENT A LA MAIN ET DE MANIERE LISIBLE*

**ENFANT**

fille  garçon

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Nationalité : .....

**REPRESENTANT LEGAL**

père  mère  tuteur, institution

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... N° postale, Localité : .....

Commune administrative : .....

☎ Numéro de téléphone : .....

✉ E-mail : .....

**PERSONNE DE CONTACT PENDANT LE CAMP**

*(UNIQUEMENT SI REPRESENTANT/E LEGAL/E ABSENT/E)*

père  mère  grand-parent  éducateur  autre  
(spécifier)

Nom : ..... Prénom : .....

☎ Privé : ..... ☎ Prof. : .....

✉ E-mail : .....

**Dernier délai d'inscription : 06.06.2025**  
Dans la limite des places disponibles

## B. SANTE

### Médecin(s)

Pédiatre ou généraliste (coordonnées précises) :

.....  
Si thérapeute (coordonnées précises) :

### Infos santé

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie particulière ? oui  non

Si oui, laquelle ?

Est-il allergique ? oui  non

Si oui, à quoi ? .....

### Médicaments – matériel médical

Si votre enfant doit prendre un médicament durant le camp, indiquez le nom de celui-ci. Le dosage doit impérativement figurer sur le produit. S'il s'agit de plusieurs médicaments, établissez une fiche écrite qui doit être annexée au présent dossier.

Médicament/s :

### Remarques complémentaires concernant la santé de votre enfant

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

## C. DIVERS

### Alimentation

Y a-t-il des aliments que votre enfant ne peut pas manger ? oui  non

Si oui, lesquels ?

### Matériel

Une liste d'habits sera envoyée en juin.

**Il est très fortement déconseillé de prendre des valeurs au camp (téléphone, argent, montre connectée).**

**Il est interdit de prendre de la nourriture extérieure au camp.**

## D. ASSURANCES

(Obligatoire : Assurance personnelle : Assurance personnelle maladie et accident)

Compagnie maladie et accident :

.....  
N° de police :

Compagnie R.C. familiale :

.....  
N° de police :

## E. LIEU DE DEPART DU CAMP

Le départ aura lieu pour tout le monde à :

**Croix-Rouge fribourgeoise  
Rue G.-Techtermann 2  
1701 Fribourg**