

### 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

**DOSSIER CONFIDENTIEL**

**Croix-Rouge fribourgeoise**  
**Freiburgisches Rotes Kreuz**  
Association cantonale de la Croix-Rouge suisse



**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

filles ☐ garçons ☐

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**