



HI5 Sàrl  
56 ROUTE DE SUISSE  
1295 MIES-SUISSE  
KIDS@HI-5.CH

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

### **PARTICIPATION (veuillez cocher la/les semaine/s d'inscription souhaitée/s):**

CAMP #1 : lundi 30 Juin au vendredi 4 Juillet 2025

CAMP #2 : lundi 7 au vendredi 11 Juillet 2025

CAMP #3 : lundi 11 au vendredi 15 Août 2025

### **COORDONNÉES DE VOTRE ENFANT:**

Nom:..... Prénom:..... Sexe:.....

Date de naissance:..... École:..... Degré:.....

Adresse:..... N°:.....

N° postal:..... Localité:.....

### **COORDONNÉES DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX:**

Nom de la mère:..... Prénom de la mère:.....

Tél. privé:..... Tél. portable:.....

Tél. professionnel:..... E-mail:.....

Nom du père:..... Prénom du père:.....

Tél. privé:..... Tél. portable:.....

Tél. professionnel:..... E-mail:.....

Lieu et date:.....

Signature:.....

Cette signature vaut reconnaissance de dette selon les articles 1 du CO.

Les conditions d'inscription ont été lues et approuvées



**Merci de remplir les rubriques ci-dessous complètement et soigneusement. Ces informations sont importantes pour assurer la sécurité de votre enfant et pour pouvoir vous joindre rapidement si nécessaire.**

**Ces informations ne remettent nullement en cause la participation de votre enfant aux journées/camps, mais permettent de prendre les mesures appropriées si besoin. Elles restent confidentielles (*seuls les responsables HI5 KIDS ainsi que les monitrices et moniteurs en ont connaissance*). Ces fiches sont détruites à la fin de l'activité.**

### Maladies

Votre enfant souffre-t-il actuellement – ou a-t-il souffert dans le passé - d'une ou plusieurs maladies (par exemple: asthme, diabète, épilepsie/convulsions, mycoses, verrues plantaires, affections cardiaques, pulmonaires ou urinaires, hyperactivité, hémophilie, etc.) ?

oui  non  si oui, laquelle ou lesquelles ?.....

Suit-il un traitement régulier?

oui  non  si oui, lequel ou lesquels ?.....

### Vaccinations

Votre enfant est-il à jour avec ses vaccinations en particulier contre le tétanos et la coqueluche (DiTéPer ou Infanrix, dernière dose au cours des 5 dernières années) ainsi que la rougeole (2 doses)? Au besoin, veuillez vérifier cela avec son médecin traitant.

oui  non

### Allergies

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (animaux insectes, plantes, médicaments, aliments, autres substances, etc.)?

oui  non  si oui, laquelle ou lesquelles ?.....

Comment cette ou ces allergies se manifestent-elles (souligner ce qui convient)?

*urticaire / oedèmes / asthme / eczémas / « rhume des foins » / conjonctivite*

Autrement :.....

En cas de crise, quelles sont les mesures à prendre et le traitement à administrer?  
(À faire préciser le cas échéant par le médecin traitant).

.....



### Alimentation

Votre enfant suit-il un régime, est-il allergique à certains aliments ou a-t-il des habitudes alimentaires particulières?

oui  non  si oui, lequel ou lesquels ?.....

### Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments ?

oui  non  si oui, lesquels ?.....

et pour quelle(s) raison(s) ?.....

Si votre enfant doit prendre des médicaments durant le camp, veuillez **les remettre à un des responsables**, dans leur emballage d'origine, avec indication du traitement rédigée par le médecin traitant ou par vous-mêmes. Merci de ne pas donner de pharmacie personnelle à votre enfant.

Si un projet d'accueil individualisé (PAI) a été établi avec le service de santé de la jeunesse (SSJ) dans le cadre de l'école en raison d'un problème de santé chez votre enfant, merci de nous en remettre une copie.

### Médecin traitant

Veuillez indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant de votre enfant:

.....  
.....

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous transmettre, sous pli fermé, les données médicales sur les accidents, opérations et maladies antérieures de votre enfant. Ce document ne sera remis, si besoin, qu'aux services médicaux chargés de s'occuper de votre enfant et il vous sera rendu à la fin du camp ou de l'activité.

### Autres particularités et remarques

Avez-vous d'autres informations utiles à communiquer aux responsables du camp (somnambulisme, malvoyance, verres de contact ou lunettes, appareil dentaire ou acoustique, formes dans les chaussures, énurésie, habitudes particulières, problèmes de compréhension, de comportement, etc.)?

.....  
.....

### Assurances

Assurance maladie/accident:.....

N° d'assuré:.....

Assurance responsabilité civile (RC):.....

N° d'assuré:.....

La mention de l'assurance est nécessaire; celle du numéro d'assuré peut être utile.



### IMPORTANT

**Veillez nous indiquer la personne à avertir en cas d'urgence. Pour les jeunes vivant en institution, veuillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de la personne responsable de l'enfant pendant le camp.**

Nom et prénom:.....

Lien (parents, amis, voisins, éducateur, etc.): .....

Adresse:.....

N° postal:..... Localité:.....

Tél. privé:..... Tél. professionnel:.....

Tél. portable:.....



### INFORMATIONS IMPORTANTES

#### Responsabilité des parents ou responsables légaux:

- Par leur signature sur le formulaire d'inscription, les parents ou représentants légaux reconnaissent avoir transmis des renseignements complets et exacts et avoir pris connaissance des informations contenues dans ce document.
- Les parents ou représentants légaux se déclarent prêts à s'acquitter des sommes qu'ils auraient à déboursier en cas de maladie ou accidents de leur(s) enfant(s) par exemples: frais pharmaceutique, hospitalisation, frais dentaires, honoraires du médecin, frais de transport, etc...
- Les parents ou proches doivent être joignable en tout temps, en cas de nécessité.

#### Responsabilité de l'équipe Hi5 kids:

- Les membres de l'équipe Hi5 kids sont habilités à prendre toutes les mesures (soins médicaux, hospitalisation, etc.) que la santé de l'enfant pourrait nécessiter. Les mesures sanitaires et médicales (évacuation en hélicoptère, anesthésie, transfusion sanguine, opération, etc.) relèvent uniquement du corps médical.

#### Assurances:

- Les participants doivent être au bénéfice d'une assurance privée ou responsabilité civile et contre les accidents.



FORMULAIRE D'INSCRIPTION  
HS KIDS CAMP

**Désistement:**

En cas d'annulation après versement des frais d'inscription et confirmation définitive, les frais et calendrier suivants s'appliquent:

- Dès 1 mois avant le 1er jour du camp 25% des frais d'inscription seront retenus.
- Dès 3 semaines avant le 1er jour du camp 50% des frais d'inscription seront retenus.
- Dès 2 semaines avant le premier jour du camp 75% des frais d'inscription seront retenus.
- Dès 1 semaine avant le premier jour du camp 100% des frais d'inscriptions seront retenus.
- Seule la transmission d'un certificat médical peut conduire à un éventuel remboursement, pour autant que l'enfant n'ait pas participé à plus de la moitié du camp (dans ce cas la totalité du prix est due).

**Merci de renvoyer ce formulaire signé et daté par mail, accompagné d'une preuve de paiement, au plus tard 1 mois avant de début du camp. Nous vous rappelons que seul le règlement des frais d'inscriptions fait office de confirmation définitive.**

**Les informations qui précèdent on été lues et approuvées.**

Lieu et date:.....

Signature:.....