

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS



NOM : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Adresse postale : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Tel travail : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Contacts parents ou autre si besoin : Nom : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

Je soussigné ..... atteste vouloir participer aux activités de l'Association AJC Vertical Horizon (camp « Total Extrême »)

Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs visés par l'association.

Signature (inscrire lu et approuvé) : \_\_\_\_\_ le : .....

J'autorise l'association à effectuer des photos/vidéos : OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour des tracts, des calendriers : OUI NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour illustrer le site internet : OUI NON

Je possède le permis B : OUI NON (si non, ne pas remplir la suite) Date d'obtention : .....

Je possède un véhicule que je vais prendre pour le camp : OUI NON Type : .....

Je soussigné ....., autorise l'équipe à utiliser mon véhicule personnel durant le camp pour transporter les campeurs : OUI NON L'assurance de mon véhicule me le permet : OUI NON (Si OUI, nous joindre une attestation de l'assurance du véhicule)

Je soussigné ....., ne souhaite pas prêter mon véhicule mais je suis prêt, si je suis le conducteur, à véhiculer des campeurs durant le séjour. Signature : \_\_\_\_\_

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANITAIRE



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ Pointure de chaussure : \_\_\_\_\_ Sexe : f / M

Date du dernier vaccin antitétanique (ou DT Polio) : \_\_\_\_\_

Les autres vaccins sont-ils à jour ? : Oui / Non

Indiquez ci-après, les difficultés de santé (allergies, asthme, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation importante, chirurgie, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

---

---

---

Date du certificat médical de non contre-indication à la pratique de l'escalade et du canyoning :

\_\_ / \_\_ / 20\_\_

Port de lunettes : OUI NON / de lentilles : OUI NON / d'appareil auditif ou dentaire : OUI NON  
(préciser : .....)

As-tu un traitement médicamenteux à prendre journalièrement ? : OUI NON

Si OUI, ajouter à cette fiche la liste de médicaments à prendre quotidiennement.

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ tel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

« En cas d'urgence, le jeune accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides ».

Nom, qualité (parents, tante, amie) et téléphone d'une ou deux personne(s) susceptible(s) d'être prévenu rapidement :

1) \_\_\_\_\_ tel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

2) \_\_\_\_\_ tel : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_ \_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Numéro de Sécurité Social : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

**ATTENTION A FOURNIR** : un certificat médical de non contre-indication à la pratique des sports : escalade, canyoning et randonnée.





## Affaires personnelles à prévoir :

- Habits pour 6 jours, place limité pour les transports ! (possibilité de laver les vêtements)

- Vêtements spécifiques : 1 k-way étanche pour marcher sous la pluie
- Une veste coupe-vent avec 1 polaire à mettre dessous (qui remplace une grosse veste d'hiver mais qui est tout aussi efficace)
- 1 sac de couchage (confort 0 à + 5 °C)
- 1 bon tapis de sol (il sera votre lit pour 14 jours !)
- 1 couverture de survie épaisse.
- 1 maillot de bain
- 1 paire de chaussure pour le canyoning en très bon état ! (basket avec une bonne semelle)
- 1 paire de chaussure de randonnée treck mi-montante ou trail running **déjà portée.**
- 1 paire de chaussure légère (type tongue ou sandale confortable)
- 1 trousse de toilette, crème solaire, lunette de soleil, serviette de bain, casquette ou chapeau



- 1 lampe frontale + piles de rechange.

- 1 bible.

- anti-moustique

- des pansements pour le traitement des ampoules (type compeed, double peau), une dizaine si peau sensible !!!

- 10 à 20 euros en monnaie (boissons, cartes postales...) selon votre envie !

- 1 sac à dos, minimum 50 L, confortable pour la marche, avec une ceinture ventrale obligatoire.

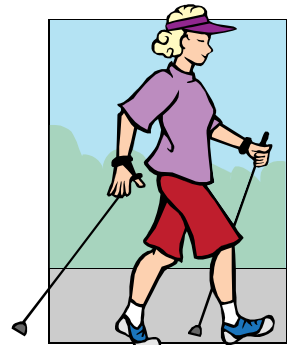
- 1 petit sac à dos environ 20 /30 L (pour les activités)

- 1 gourde d' 1 litre + 1 camel-bag (si possible pour le raid), des bouteilles en plastique seront aussi à disposition au camp.

- 1 popotte personnelle (assiette, bol, couverts, verre, serviette) le plus léger possible pour le raid !

- des gants de VTT pour les via ferrata (non obligatoire, mais c'est mieux !)

- des bâtons de marche (souhaitable mais non obligatoire !)





- tel portables, mp3 et appareils photo numérique ... autorisés ! Par ailleurs, nous déclinons toute responsabilité face à un vol, une détérioration ou autres problèmes liés à ce genre d'objets ! (attention, lieu de couchage en camping et activités à risque !)



- possibilité d'emporter votre instrument de musique s'il est transportable, pas trop encombrant et non fragile ! (nous contacter pour en savoir plus !)

- matériel d'escalade : si vous le souhaitez, vous pouvez prendre votre baudrier, vos chaussons et votre casque ! (nous prévenir également si vous emportez quelque chose !) Sinon, tout le matériel pour l'escalade et le canyoning est fournis.



*Pour toutes questions ou tout problème de matériel, n'hésitez pas à nous contacter.  
Nous pouvons prêter du matériel dans la limite des stocks disponibles (:o))*

Si vous avez besoin d'informations sur des produits à acheter, nous pouvons également vous conseiller.

A bientôt.

L'équipe technique de Total Extrême, édition n°6.

[www.vertical-horizon.eu](http://www.vertical-horizon.eu)

[vertical.horizon.gre@gmail.com](mailto:vertical.horizon.gre@gmail.com)

06 10 84 51 68

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

CERFA N° 85-0233

CEtte FICHE A ETE CONQUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I. ENFANT NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARCON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES			DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS	
Du DT polio	DATES	DATES	VACCINS	DATES
Du DT coq	1 <sup>er</sup> VACCIN	1 <sup>er</sup> RAPPEL		
Du Tétracoq				
D'une prise polio				

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE			AUTRES VACCINS	DATES
	DATES	DATES	VACCINS		
1 <sup>er</sup> VACCIN	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____			
REVACCINATION	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____			

SIL'ENFANT NEST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	.....	____ / ____ / ____
.....	.....	____ / ____ / ____

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTTES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....  
 .....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUI-T-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, NOUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 SIL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N° DE \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_  
 TEL \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....  
 Je sousigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : ..... Signature : \_\_\_\_\_

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR  
 LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'organisme (siège social)  
 .....

ARRIVEE LE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR  
 PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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