

**Camp d'hiver de physique – Formulaire complémentaire**

Prénom :

Nom :

Rue et n° :

Localité :

Date de naissance :

Contraintes alimentaires (allergies, intolérances, végétarisme, religion, affinités, etc.) :

Autres informations médicales (asthme, allergies, etc.) :

| Problème médical                         | Quoi faire si cela se produit pendant le camp / quels sont les comportements à éviter |
|--|---|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |   |

Compagnies d'assurances :

- Assuré pour les maladies à : N° d'assuré :
- Assuré pour les accidents à : N° d'assuré :

Personne à contacter en cas de problème pendant le camp (accident, maladie, etc.) :

Prénom :

Nom :

Téléphone portable :

Autre téléphone :

Les soussignés certifient que les conditions de participation requises sont respectées et les acceptent :

Lieu et date :

Signature de la / du participant-e :

Signature de la / du représentant-e légal-e si mineur :

A renvoyer à Olivier Simon, [info@cours-bejune.ch](mailto:info@cours-bejune.ch), d'ici le 31 décembre.