**Parc de loisirs et d’animations Jakady**

**Camping Esprit Nature – Douar La Kouach CR Ounagha – Province Essaouira**

**Tel : 06 53 05 17 55 – 06 50 80 63 92**

**Email :** **contact@jakady.com** **Internet :** [**www.jakady.com**](http://www.jakady.com)

**DOSSIER MEDICAL**

**Thème** : Robinson Crusoé suivi de multi-activités

**Age** : de 10 à 14 ans

**Activités proposées : Multi-activités à dominante sportive**

Le camp Robinson est un camp aventure comportant de **nombreuses épreuves physiques** s’exerçant dans des milieux différents : terre, aquatique, subaquatique et aérien.

Ainsi, il faut que l’enfant inscrit soit en bonne santé générale.

**Pour s’assurer du bon état de santé général de l’enfant, nous avons besoin d’un certificat médical de moins de trois mois, certifiant de la mise à jour des vaccins et de la non contre-indication à la pratique des activités sportives en général et des activités aquatiques et subaquatiques en particulier**

Les contre-indications suivantes sont exclusives de ce camp

- l’asthme

- les problèmes respiratoires

- les problèmes cardiaques

Il faut aussi nous notifier par écrit si l’enfant prend un **traitement médicamenteux** particulier ou s’il est **allergique** ou s’il doit suivre un **régime alimentaire particulier**.

Je soussigné(e) ( nom-prénom)

(Lien de parenté) de l’enfant (nom – prénom)

 , âgé(e) de ans, déclare que celui-ci est en bon état de santé général, à jour de ses vaccins, et apte à pratiquer l’ensemble des activités proposées lors de son séjour au centre d’animation Jakady, à Esprit Nature.

Je déclare que l’enfant a :

* Allergies :
* Médicaments :
* Régime alimentaire particulier :
* Autres :

---------------------------------------------------------------------------------------------

Autorisation parentale d’hospitalisation :

Je soussigné(e) , (Lien de parenté)

 de l’enfant (Nom et Prénom)

Autorise les responsables du centre Esprit Nature à prendre toutes les décisions d’urgence concernant la santé de mon enfant et notamment en cas nécessaire d’hospitalisation.

Date Signature