



Tackers Camp 2013

Du samedi 2 au samedi 9 mars 2013



Anzère (Suisse)



Organisé par Swisstransplant

(Fondation Nationale Suisse pour le Don et la Transplantation d'Organes)

DOSSIER D'INSCRIPTION

Ouverts à tous les mineurs transplantés de 8 à 15 ans et leurs accompagnateurs, adhérents de Trans-Forme, débutants ou confirmés !

INFORMATIONS GENERALES

Le « Tackers Camp » créé en 2002 rassemble chaque année à Anzère - depuis plus de 10 ans - des jeunes transplantés du monde entier, de 8 ans à 15 ans. L'encadrement assuré par des professionnels expérimentés de la société Viamonde, offre aux jeunes un programme ludique et diversifié autour du ski et d'activités physiques et sportives, dans une ambiance de fête et de convivialité !

Trans-Forme a décidé cette année de s'associer au « Tackers camp ».

I/ REGLEMENT

Pour pouvoir participer au Tackers Camp 2013, chaque participant doit :

- Etre âgé entre 8 et 15 ans
- Etre transplanté depuis au moins 6 mois et porteur d'un greffon fonctionnant normalement
- Satisfaire aux prérequis médicaux Trans-Forme et fournir un dossier médical complet
- Certifier d'un entraînement physique régulier
- Etre adhérent à jour de sa cotisation. L'adhésion pour l'année 2013 est de 20€. Elle doit être réglée, le cas échéant, en sus du prix de participation et par chèque séparé (bulletin d'adhésion ci-joint).
- Avoir réglé les frais d'inscription.

II/ ABSENCE SCOLAIRE

Des heures d'étude pourront être fixées (sur demande) pour les enfants devant réaliser des devoirs pendant la semaine, le cas échéant.

III/ ACTIVITES PROPOSEES

L'activité principale du camp est le ski ou le snowboard. Des activités complémentaires seront également proposées aux jeunes parmi lesquelles : chiens de traîneaux, balades à raquettes, luge, plongée, ...

Le soir, des activités et soirées à thème sont organisées par les moniteurs (karaoké, discothèque, bricolages, jeux de société, ...).

IV/ LIEU D'HEBERGEMENT

Entièrement rénové il y a que quelques années, le Chalet Chamossaire offre un logement confortable, équipé et bien apprécié par les groupes. Le chalet accueille les jeunes en chambres de 1 à 5 lits, équipées d'un lavabo. Les sanitaires collectifs sont situés sur le palier à chaque étage.

Le rez-de-chaussée est équipé d'une grande salle à manger lumineuse ou tous les repas seront servis ainsi qu'un petit espace living avec télévision, vidéo et dvd. Un accès Internet WiFi est également disponible.

Le Chalet Chamossaire est situé à proximité du centre du village d'Anzère et à 100m de l'arrêt du bus de la navette gratuite.



Les parents ou accompagnateurs seront – s'il y en a - hébergés en hotel 3 à Anzère.*

V/ ENCADREMENT

Des professionnels expérimentés de la société Viamonde (www.viamonde.com) encadreront les jeunes pendant leur séjour dans le cadre du Tackers Camp. Les moniteurs sont accompagnés d'une équipe de volontaires composées de personnes adultes transplantées, de donneurs et de spécialistes médicaux.

VI/ FRAIS D'INSCRIPTION

A/ Pour les jeunes :

Les frais d'inscription sont de **250€ par jeune transplanté de 8 à 15 ans** : à régler par chèque à l'ordre de Trans-Forme et à nous retourner avec le bulletin d'inscription **avant le vendredi 25 janvier 2013**.

Trans-Forme accepte les règlements par chèques-vacances.

Ce prix comprend :

- le logement en pension complète (déjeuner pique-nique) au Chalet Chamossaire du samedi 2 mars (dîner) au samedi 9 mars (petit-déjeuner)
- les cours de ski alpin ou snowboard ainsi que les activités extra ski
- les remontées mécaniques pendant toute la durée du séjour
- le matériel de ski/snowboard (skis/snowboard, bâtons, chaussures, casques) prêté
- l'équipement de ski (veste, pantalon) offert
- Encadrement à toute heure par les moniteurs Viamonde et des bénévoles adultes
- l'Assurance « Accident Corporel » /Assistance rapatriement

Ce prix ne comprend pas :

- Le transport domicile / lieu de séjour aller-retour
- Argent de poche pour les souvenirs : *ATT : La devise locale est le Franc Suisse. Il y a deux banques à Anzère et deux distributeurs d'argent.*
- l'adhésion 2013 à l'association Trans-Forme - **obligatoire**

B/ Pour les parents et/ou accompagnateurs :

Les frais d'inscription sont de :

- 405€ en hôtel 3* à Anzère en demi-pension
- 290€ en hôtel 3* à Anzère avec petits déjeuners uniquement

Ce prix comprend :

- l'Assurance « Accident Corporel » /Assistance rapatriement
- l'hébergement en demi-pension ou l'hébergement avec petit-déjeuner uniquement

Ce prix ne comprend pas :

- Le transport domicile / lieu de séjour aller-retour
- Les repas selon la formule d'hébergement choisie
- les cours de ski
- les remontées mécaniques
- l'équipement et matériel de ski
- l'adhésion 2013 à l'association Trans-Forme - **obligatoire**

A titre indicatif : Le coût du matériel de ski pour adulte (skis, chaussures, bâtons) pour 6 jours est de 88€ environ et le coût hebdomadaire des remontées mécaniques à 165€ environ. Le coût de cours de ski pour 5 demi-journées en cours collectif de 2h est de l'ordre de 116€ environ.

VII/ ACCUEIL

L'accueil se fera **samedi 2 mars à partir de 16h** (entre 16 et 18h idéalement) au Chalet Chamossaire.

Adresse : 106 rue Chamossaire, Anzère 1972, Switzerland

Tél : Liz Schick +41 (0)79 239 90 47

a - Accès par la route - Voiture et covoiturage

En provenance de Paris (7h env.): suivre Auxerre, Beaune, Lausanne (ou Genève) puis Sion et Anzère

Attention ! Prévoir des chaînes ou des pneus neige.

b - Accès par le train

Renseignements SNCF : +0033 36 35 / www.voyages-sncf.com

Depuis Paris : TGV direct (ou via Genève) arrivée à la gare de Sion située à 15km (env. 30min) de Anzère. Les jeunes y seront accueillis.

c - Accès par l'avion

Aéroport international de Genève-Cointrin situé à 172 km (env. 2h de route). Les jeunes y seront accueillis.

VIII/ CONDITIONS MEDICALES REQUISES

Pour les jeunes participants transplantés: pour être autorisé à participer, il faut satisfaire aux prérequis médicaux de Trans-Forme.

Attention ! Tout participant dont **le dossier médical complet** (M1 + M2 + attestation d'entraînement) qui n'aura pas été reçu au bureau de Trans-Forme, **impérativement avant le vendredi 15 février 2013**, ne sera pas autorisé à participer au stage.

ASSURANCE ANNULATION : *Trans-Forme invite les participants individuellement à prendre une assurance annulation. Aucun remboursement ne sera effectué par Trans-Forme en cas d'annulation.*

IX/ ENCADREMENT MÉDICAL

Plusieurs spécialistes de transplantation de différents pays accompagnent les jeunes patients. Des infirmières sont présentes à tout moment pour conseiller les enfants et s'assurer de la prise des médicaments. Le Chalet Chamossaire, où les jeunes sont logés, se trouve à 20 minutes de l'hôpital de Sion et à 1h15 de l'Hôpital Universitaire de Lausanne (CHUV), un des 6 centres de transplantation en Suisse.

X/ ASSURANCE

TRANS-FORME contracte pour tous ses adhérents une assurance « Accidents Corporels » et « Assistance Voyages ».

XI/ LANGUES

La langue principale est l'anglais. La station d'Anzère se trouve dans une région francophone de la Suisse et plusieurs moniteurs parleront le français également. La barrière de la langue n'a jamais été un problème pour les jeunes participants.

XII/ MATERIEL

Il est vivement recommandé pour passer un agréable séjour de ne pas oublier de se munir d'une serviette de toilette (obligatoire), de lunettes de soleil, de crème solaire et de vêtements chauds adaptés au ski en montagne.

La liste suivante est une liste de suggestions pour chaque jeune participant :

- pantalon confortable pour activités générales (2)
- t-shirts (3)
- sweat-shirt/ pull à manches longues (2)
- pull-over/laine polaire
- sous-vêtements (7)
- chaussettes de ski jusqu'aux genoux (3+ paires)
- sous-vêtements longs thermaux (2)
- pyjamas
- maillot de bain
- chaussures multi-usages
- chaussures d'extérieur (après ski)
- trousse de toilette (brosse à dents, dentifrice, shampoings, etc.)
- serviette de bain
- sac à linge sale
- bonnet chaud (2)
- gants de ski imperméables
- lunettes de soleil et masque de ski
- protection solaire résistante à l'eau pour les lèvres et visage
- costume pour soirée masquée
- **médicaments et prescription médicale (idéalement en anglais)**

Tous effets personnels doivent être marqués avec le nom du propriétaire.



Renseignements & Inscriptions

Anaïs GARNIER

Trans-Forme - 66 boulevard Diderot – 75012 Paris

Tel : 01 43 46 75 46 – Fax : 01 43 43 94 50

anaïsgarnier@trans-forme.org

www.trans-forme.org

BULLETIN D'INSCRIPTION – PAR

A nous retourner impérativement avant le **vendredi 25 janvier 2013**

M. ☐ Mlle ☐

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

N° de passeport ou CNI : Date d'expiration :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

Transplanté(e) de le

Taille (cm)..... Tour de taille (cm)..... Tour de poitrine (cm)..... Longueur pantalon (cm)

Pendant le séjour, souhaitez pratiquer : ☐ SKI ☐ SNOWBOARD

Niveau de ski/snowboard : ☐ Débutant (n'a jamais skié/fait du snowboard)
☐ Intermédiaire (a déjà skié /fait du snowboard 1 semaine au min. depuis 2 ans)
☐ Avancé (a déjà skié /fait du snowboard plusieurs fois)
☐ Confirmé (sait très bien skier/faire du snowboard sur toutes les pistes)

TRANSPORT – Aller le samedi 2 mars

- J'arriverai au Chalet Chamossaire par mes propres moyens ☐ OUI ☐ NON
 J'arriverai vers :h.....
- J'arriverai par le train ☐ OUI ☐ NON
 Préciser : horaire exact d'arrivée en gare de Sion (les jeunes y seront accueillis)
- J'arriverai par l'avion ☐ OUI ☐ NON
 Préciser : horaire exact d'arrivée à l'aéroport de Genève (les jeunes y seront accueillis)

TRANSPORT – Retour le samedi 9 mars

- Je partirai du Chalet Chamossaire par mes propres moyens ☐ OUI ☐ NON
- Je partirai par le train ☐ OUI ☐ NON
 Préciser : horaire exact de départ en gare de Sion (les jeunes y seront accompagnés)
- Je partirai par l'avion ☐ OUI ☐ NON
 Préciser : horaire exact de départ à l'aéroport de Genève (les jeunes y seront accompagnés)

REGIME(S) PARTICULIER(S) - Diabétique sans sel ou autres...:

.....

CONTACT du parent ou tuteur à prévenir en cas d'accident :

M. ☐ Mme. ☐ Melle ☐

NOM : **Prénom :**

Lien de parenté :

Adresse complète :

Code postal : **Ville :**

Tél. domicile : **Tél. portable :**

Email :

Tél :

BULLETIN D'INSCRIPTION – PARENT ou ACCOMPAGNATEUR

A nous retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013

M. ☐ Mme. ☐ Mlle ☐

NOM : Prénom :

Date de naissance : Sexe : ☐ M ☐ F

N° de passeport ou CNI : Date d'expiration :

Adresse complète :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Email :

Sympathisant(e)

(merci d'indiquer : donneur – médecin – infirmière – kinésithérapeute – autre à préciser :))

TRANSPORT – Aller le samedi 2 mars

• J'arriverai au Chalet Chamossaire par mes propres moyens ☐ OUI ☐ NON

J'arriverai vers :h.....

• J'arriverai par le train ☐ OUI ☐ NON

Préciser : horaire exact d'arrivée en gare de Sion

• J'arriverai par l'avion ☐ OUI ☐ NON

Préciser : horaire exact d'arrivée à l'aéroport de Genève

TRANSPORT – Retour le samedi 9 mars

• Je partirai du Chalet Chamossaire par mes propres moyens ☐ OUI ☐ NON

• Je partirai par le train ☐ OUI ☐ NON

Préciser : horaire exact de départ en gare de Sion

• Je partirai par l'avion ☐ OUI ☐ NON

Préciser : horaire exact de départ à l'aéroport de Genève

REGIME(S) PARTICULIER(S) - Diabétique sans sel ou autres...:

.....

Nom et prénom de la personne à prévenir en cas d'accident :

Son n° de tel :

FICHE SIGNALÉTIQUE – SIG -

A retourner impérativement par les transplantés avant le vendredi 25 janvier 2013

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : **Sexe :** ☐ M ☐ F

Nationalité :

N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :

Adresse complète :

Code postal : **Ville :**

Tél. domicile : **Tél. portable :**

Email :

☐ **Transplanté(e) de** **le**

Le cas échéant, date de transplantation antérieure

Votre centre de transplantation :

Adresse complète :

Code postal : **Ville :**

Téléphone :

Votre médecin : **Son téléphone :**

Traitement habituel :

Allergies ou médicaments interdits :

En cas d'urgence, prévenir :

NOM : **Prénom :**

Téléphone :

Médecin : **Tél :**

ATTESTATION D'ENTRAINEMENT DU PARTICIPANT

A retourner impérativement avant le vendredi 15 février 2013

Attention : à remplir par tous les participants transplantés

Je, soussigné(e), _____ certifie pratiquer une activité physique et sportive régulièrement :
_____ fois par semaine pendant au moins _____ minutes.

Trans-Forme recommande de marcher rapidement un minimum de 3 fois par semaine pendant au moins 20 minutes.

• **Je pratique en loisirs :**

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 -
- 2 -
- 3 -
- 4 -

• **Je pratique en compétition :**

Citer le(les) sport(s) explicitement :

- 1 –
Niveau de compétition :
- 2 –
Niveau de compétition :
- 3 –
Niveau de compétition :
- 4 –
Niveau de compétition :

• **Mon traitement actuel**

	Nom du médicament	Fréquence/ 24 heures	Doses
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Fait à _____ le _____

Nom, Prénom et Signature _____

**CERTIFICAT – TYPE M1 DU MEDECIN QUI VOUS SUIT
EN TRANSPLANTATION**

A retourner impérativement avant le vendredi 15 février 2013

Attention : valable pour tous les participants transplantés

Le présent certificat médical est important pour appréhender la forme physique des participants au camp. Nous vous remercions d'examiner votre patient pour savoir s'il est capable de participer aux cours de ski alpin et/ou snowboard de votre point de vue médical – Merci d'avance de votre aide !

NOM DE LA MANIFESTATION : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

Je, soussigné(e), Docteur _____ **Tél.** _____

certifie que l'état de santé de M. - Mme – Mlle _____

né(e) le _____

Transplanté(e) (1) de _____ **le** _____

- Pour les transplantés de cœur, **indiquez la date de la dernière coronarographie ou échographie de stress :**

- Pour les transplantés de poumon, **indiquez la date de la dernière EFR :**

- **Taux d'hématocrite** _____ %

- **Taux d'hémoglobine** _____ g%ml

- **Taux de créatinine** _____ $\mu\text{mol/l}$

- **Le traitement en cours :**

- **Immuno-Suppresseur :** _____

- **Anti-Hypertenseur :** _____

** ne présente pas de contre indication apparente à la pratique des activités physiques en montagne en hiver y compris en compétition. (1)*

** présente actuellement une contre-indication. (1)*

Fait à _____ **le** _____

Signature et cachet _____

(1) Rayer la mention inutile

Contact Médical (uniquement à l'usage des médecins) – Dr Francine MECKERT : 06 70 07 21 73

CERTIFICAT – TYPE M2 / 1
DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION
MINEURS TRANSPLANTES DE CŒUR OU/ET POUMONS

A retourner impérativement avant le vendredi 15 février 2013

Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort

Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.

NOM DE LA MANIFESTATION : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

Je, soussigné(e), Docteur _____ Tél. _____

1. **déclare avoir pris connaissance du compte-rendu de l'épreuve d'effort, de la N.F.S. et du profil tensionnel d'effort (effectués par cardiologue ou médecin du sport)**

effectués pour M. - Mme - Mlle _____

datant de (2) : _____

Concernant les résultats de l'épreuve d'effort, doivent impérativement être indiqués:

- le traitement en cours : _____
- la date de l'Epreuve d'Effort : _____
- le Puissance Maximale tolérée et la durée : _____
- le % de Fréquence Maximale Théorique : _____
- la cause de l'arrêt de l'effort : _____
- le résultat du tracé ECG d'effort (1) : _____ sans anomalie - avec anomalie
- la tension artérielle au repos et maximale : _____

2. **déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1)** _____

Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :

- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse,
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec : _____
- de l'ECG de repos (à joindre si possible) : _____
- du test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : _____ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : _____ mmHg
- tension artérielle 1 minute récu : _____ mmHg
- du taux d'hémoglobine : _____ g/ml
- du taux d'hématocrite : _____ %
- pour le transplanté rénal, du taux de créatinine : _____ μ mol/l

3. **et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants (citer explicitement le nom des sports autorisés, et le mode de pratique : en loisir ou en compétition) :**

- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)

4. **et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)**

Fait à _____ le _____

Signature et cachet

(1) rayer la mention inutile / (2) Attention, l'épreuve d'effort doit dater de moins de 4 mois avant le début de la manifestation pour les transplantés de cœur et cœur-poumon, et de moins de 6 mois avant le début de la manifestation pour les autres transplantés.

Contact Médical (uniquement à l'usage des médecins) – Dr Francine MECKERT : 06 70 07 21 73

CERTIFICAT – TYPE M2 / 2
DU MEDECIN QUI VOUS SUIT EN TRANSPLANTATION
MINEURS NON TRANSPLANTES DE CŒUR OU/ET POUMONS

A retourner impérativement avant le vendredi 15 février 2013

Attention : valable pour les activités à coût énergétique moyen ou fort

NOM DE LA MANIFESTATION : _____

DATE DE LA MANIFESTATION : _____

Je, soussigné(e), Docteur _____ Tél. _____

1. **déclare avoir examiné M. - Mme - Mlle (1)** _____

Au vu des antécédents et des résultats de l'examen clinique général effectués, et en particulier :

- l'aptitude ostéo-articulaire et de l'aptitude musculo-tendineuse,
- l'évaluation du risque cardio-vasculaire avec :
- de l'ECG de repos (à joindre) datant impérativement de moins d'un an / date : _____
- du test de flexions (30 flexions en 40 secondes) indice de RUFFIER : _____ (0 à 15)
- tension artérielle maximale : _____ mmHg
- tension artérielle 1 minute récu : _____ mmHg
- du taux d'hémoglobine : _____ g/ml
- du taux d'hématocrite : _____ %
- pour le transplanté rénal, du taux de créatinine : _____ µmol/l

2. **et certifie qu'il / elle ne présente pas de contre-indication à la pratique des sports suivants** (citer explicitement le nom des sports autorisés, et le mode de pratique : en loisir ou en compétition) :

- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)
- _____ en loisir – en compétition (1)

3. **et atteste qu'il (elle) n'est pas actuellement apte (1)**

Fait à _____ le _____

Signature et cachet

(1) *raier la mention inutile*

Contact Médical (uniquement à l'usage des médecins) – Dr Francine MECKERT : 06 70 07 21 73

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MINEUR – MIN –

A compléter par les parents
et à retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant ou l'adolescent. Cette fiche vous évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec des observations éventuelles.

NOM de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M ☐ F ☐

1 / VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé) :

- ANTIPOLIOMYELITIQUE ; ANTIDIPHTERIQUE ; ANTITETANIQUE ; ANTICOQUELUCHEUSE (Précisez s'il s'agit du DT polio, du DT coq, du Tétracoq, d'une prise polio)

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

- ANTITUBERCULEUSE (BCG) ; ANTIVARIOLIQUE ; AUTRES :

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

Vaccin :	Date du 1er vaccin :	Date revaccination :	Date du 1er rappel :
----------	----------------------	----------------------	----------------------

Si l'enfant n'est pas vacciné pourquoi ?

INJECTIONS DE SERUM : Natures	Dates
-------------------------------	-------

2 / RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

☐ Rubéole	☐ Varicelle	☐ Angines	☐ Scarlatine	☐ Otites
☐ Rougeole	☐ Rhumatismes	☐ Oreillons	☐ Coqueluche	☐ Asthme

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates :

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, etc..)

3 / TRAITEMENT ACTUEL DE L'ENFANT

Joindre l'ordonnance ou une photocopie et les médicaments pour la durée du séjour.

Merci d'indiquer également l'heure précise de prise de chaque médicament.

.....

.....

.....

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MINEUR – MIN – (suite)

**A compléter par les parents
et à retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013**

4 / INFORMATIONS MEDICALES – mineurs transplanté

Organe transplanté : Maladie initiale :

Date de transplantation : Nombre de rejets :

Dates des derniers contrôles : Date du dernier rejet :

Consultation : Biologie : Biopsie :

..... Radio (coronarographie) :

Autres :

Traitement actuel :

.....

.....

Recommandations particulières du médecin :

.....

.....

5 / RESPONSABLE DE L'ENFANT (Parents ou tuteur légal)

NOM : Prénom :

Adresse habituelle du responsable :

.....

.....

Tél. domicile : Tél. professionnel :

Tél. portable : Email :

Adresse des parents ou du responsable légal pendant le stage (si différente de l'adresse habituelle) :

.....

.....

Téléphone des parents ou du responsable légal pendant le stage (si différent du N° habituel) :

.....

N° DE SECURITE SOCIALE :

.....

Joindre une photocopie de la carte de sécurité sociale en cours de validité.

.....

AUTORISATION PARENTALE – AP –

A retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013

Je soussigné(e), responsable de l'enfant _____,

- déclare exacts les renseignements portés dans le dossier d'inscription,
- autorise mon fils/ma fille à participer au Tackers Camp organisé par SwissTransplant à Anzère en Suisse qui se déroulera du samedi 2 au samedi 9 mars 2013,
- accepte pour celui-ci/celle-ci les règles de vie nécessaires à la bonne marche du séjour, et autorise le responsable du séjour, à prendre, le cas échéant, toute décision s'avérant nécessaire (cf. en annexe)
- autorise également les médecins du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom et qualité du responsable :

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur

Date :

Signature :

DECHARGE DE RESPONSABILITE – ENGL

(contacter Trans-Forme pour toute question de compréhension de l'anglais)

A retourner impérativement avant le vendredi 25 janvier 2013

PARENT'S OR GUARDIAN'S DECLARATION

"To the best of my knowledge, the information I have given is correct and the child named above has my permission to engage in all the camp's activities, unless otherwise noted and indicated in an enclosed written doctor's report. I accept full responsibility for any claims, losses, expenses or liabilities arising out of, or related to, my child's participation in the camp.

- ☐ I specifically give permission for the child named above to participate in the paragliding activity (if available).
☐ I do not wish the child named above to participate in the paragliding activity (if available).

I hereby give permission to the camp's organisers to authorise, on my behalf, any emergency medical care (including surgery) which, on the recommendation of qualified medical personnel, may be deemed necessary. In such circumstances, I understand that the camp's organisers will seek to advise me or the emergency contact person designated above at the earliest possible opportunity.

I understand and accept that should my child attempt to procure, possess or consume any drugs or alcohol, smoke, or in the opinion of the camp's organisers behave in a way incompatible with the camp at any time, that I will make immediate arrangements for him/her to leave camp at my expense and return home.

I understand that it is a policy of the camp that all participants wear a helmet (provided by the camp) whilst participating in either skiing or snowboarding and I will discuss this policy with my child"

Parent's/Guardian's Declaration Signed Date

Child's Understanding Signed Date

PUBLICITY DISCLAIMER

"I hereby give permission to the camp's organisers and their sponsors to share information (including the information above) with the media about myself and the above named child and as a result understand that I may be called upon by the media for comment."

Parent's/Guardian's Agreement Signed Date

PHOTOGRAPHY DISCLAIMER

"I hereby authorise the camp's organisers and other organisations associated with them (including their sponsors) to use photographs and videos ("images") of my child, named above, taken during the camp, in all media (print, television, online, etc.) for the purposes of promoting organ donation and education. I understand that I do not have any claim to the copyright of either the images or any materials produced with these images."

Parent's/Guardian's Agreement Signed Date