

PÉLICAMP – MUNICIPALITÉ DE LABELLE

FICHE SANTÉ POUR LE PARTICIPANT

**Vous devez nous retourner la fiche médicale avec votre formulaire d'inscription
Un formulaire par enfant**

1. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et prénom de l'enfant : _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance (jj,mm,aaaa): _____
Adresse :	Téléphone :
No d'assurance maladie (enfant)* : _____	Nom du médecin : _____ Clinique ou hôpital : _____
Date d'expiration : _____	Téléphone : _____

2. En cas d'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE par ordre de préférence (1, 2, 3):

Père et mère Mère Père Tuteur

AUTRE personne à joindre en cas d'URGENCE :

Prénom :	Nom :
Lien de parenté avec l'enfant :	
Téléphone (rés.) : Poste :	
Téléphone (autre) : Poste :	

3. INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, passer à la section 4
Si oui : Date _____ Raison _____ Résultats _____	
Blessures graves	Maladies chroniques ou récurrentes
Date :	Date :
Décrire :	Décrire :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Souffre-t-il(elle)?					
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Hyperactivité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Troubles de comportement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

5. ALLERGIES

Fièvre des foies <input type="checkbox"/>	Animaux* <input type="checkbox"/>	Allergies aux arachides <input type="checkbox"/>	Précisez :
Pénicilline <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes <input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires <input type="checkbox"/>	

PÉLICAMP – MUNICIPALITÉ DE LABELLE

FICHE SANTÉ POUR LE PARTICIPANT

Votre enfant a-t-il (elle) à sa disposition d'une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? Oui Non Passez à la section 6

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent : _____

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?

Oui

Non, passer à la section 7

Nom des médicaments :

Posologie :

Les prend-il lui-même : Oui Non

Spécifiez :

Autres particularités médicales :

7. AUTRES

Présente-il des problèmes de comportement :

Oui Non

Si oui, décrire:

Présente-il des limites ou incapacité physiques?

Oui Non

Si oui, décrire:

Y a-t-il des réserves pour certaines activités :

Oui Non

Si oui, décrire :

AUTORISATION DES PARENTS

Si votre enfant doit prendre des médicaments, à votre arrivée dans le camp, vous devrez remplir un formulaire d'autorisation d'administration de médicament.

- En signant la présente, j'autorise les employés ou bénévoles du camp à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp le juge nécessaire, je l'autorise également à **transporter mon enfant par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier** ou de santé communautaire.
- **Je m'engage à collaborer et à venir rencontrer les responsables du camp si le comportement de mon enfant nuit au bon fonctionnement du camp.**

Signature du parent ou tuteur

Date