

Ce formulaire doit être remis à la coordonnatrice à la première journée de camp.

Fiche de santé pour le participant



Complétée par : Parent de l'enfant
 Tuteur de l'enfant
 Autres, spécifiez : _____

Dates de séjour : _____ Numéro de dossier : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ exp. : _____

Renseignements Généraux :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____
Sexe : Masculin Féminin

Noms des parents ou tuteurs :

1) _____ Tél. maison () _____ Travail () _____
2) _____ Tél. maison () _____ Travail () _____

Coordonnées de deux personnes autres que les parents ou tuteurs à rejoindre

1) Nom : _____
Adresse : _____
Code postale : _____ Tél. : () _____
Lien avec la famille : Parent Ami Voisin

2) Nom : _____
Adresse : _____
Code postale : _____ Tél. : () _____
Lien avec la famille : Parent Ami Voisin

Nom du médecin traitant : _____ Clinique ou hôpital : _____
Téléphone du médecin : _____

Interventions Chirurgicales

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale : Oui Non

Si Oui : Date _____ Raison _____ Résultat _____

Blessures Graves

Date : _____
Décrire : _____

Maladies chroniques ou récurrentes

Date : _____
Décrire : _____

Examen Physique

Taille : _____

Poids : _____

Yeux : _____

Peau : _____

Filles : A-t-elle déjà eu ses menstruations : Oui
 Non, elle n'est pas renseignée
 Non, elle est renseignée

Y-a-t-il des considérations particulières : _____

Antécédents médicaux

	A-t-il (elle) déjà eu?				Souffre-t-il (elle)?		
	Oui	Non	Date		Oui	Non	Date
Otites :	_____	_____	_____	Asthme :	_____	_____	_____
Oreillons :	_____	_____	_____	Hernies :	_____	_____	_____
Varicelle :	_____	_____	_____	Épilepsie :	_____	_____	_____
Rougeole :	_____	_____	_____	Diabète :	_____	_____	_____
Scarlatine :	_____	_____	_____	Autres :	_____	_____	_____
Autres :	_____			Autres :	_____		
Précisez :	_____			Précisez :	_____		

Vaccinations

	Oui	Non	Date
Rougeole	_____	_____	_____
Rubéole	_____	_____	_____
Oreillon	_____	_____	_____
DCT	_____	_____	_____
Polio	_____	_____	_____

Autres : _____
Précisez : _____

Allergies

	Oui	Non
Fièvre des foins	_____	_____
Herbes à puce	_____	_____
Piqûres d'insectes	_____	_____
Animaux	_____	_____
Pénicilline	_____	_____
Autres médicaments	_____	_____
Allergie aux arachides	_____	_____
Allergie alimentaires	_____	_____

Autres : _____
Précisez : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, ana-kit) en fonction de ses allergies? Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

Enfant lui-même Posologie _____
 Moniteur de l'enfant
 Toute personne adulte responsable

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

Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments : ____ Oui ____ Non

Si oui :

Nom des médicaments : _____ Posologie : _____

Les prend-il lui-même : ____ Oui ____ Non

Spécifiez : _____

Autres

1) Présente-t-il des problèmes de comportements? ____ Oui ____ Non

Si oui, décrire : _____

2) Mange-t-il normalement? ____ Oui ____ Non

Si non, décrire : _____

3) Porte-t-il des prothèses particulières? ____ Oui ____ Non

Si oui, décrire : _____

4) Y a-t-il des réserves pour certaines activités : ____ Oui ____ Non

Si oui, décrire : _____

5) Autres particularités médicales : _____

Autorisations des parents

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Nom et prénom du parent ou du tuteur

Signature du parent ou du tuteur

Date

***** IMPORTANT*****

Ce formulaire doit être remis à la coordonnatrice à la première journée de camp.