

FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

Nom du participant : _____
 Date de naissance : _____
 Numéro assurance maladie : _____ expiration : _____
 Adresse : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX:

Nom de votre médecin traitant: _____ Tél : _____

COORDONNÉES DE 2 PARENTS OU TUTEURS À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

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

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

HISTORIQUE BLESSURES GRAVES, MALADIES

Date: _____
 Décrire: _____

Filles: A-t-elle déjà eu ses menstruations Oui Non Considérations particulières: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

<u>Souffre-t-il (elle)?</u>	Oui	Non	Fréquence, date, etc.	<u>Allergies</u>	Oui	Non
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fièvre des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hernies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Herbe à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Animaux*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Piqûre d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Médicaments*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Spécifiez le type et le degré de niveau d'allergie (extrême/moyenne/modérée) ATTENTION, LE TRAITEUR POURRAIT REFUSER DE NOURRIR UNE PERSONNE AYANT DE MULTIPLES ALLERGIES OU TROP SÉVÈRES : _____

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments: Oui Non Si oui, noms des médicaments: _____

Posologie _____

Les prend-il lui-même Oui Non

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit)? Oui Non

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

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

A SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent

A SIGNER SI VOTRE ENFANT DOIT PRENDRE DES MÉDICAMENTS SANS ORDONNANCE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer tous ces types de médicaments à mon enfant : Acétaminophène – Anti-émétique - Antihistaminique – Anti-inflammatoire – Sirops contre la toux – Antibiotique en crème – Produits homéopathiques – etc.

Signature du parent

AUTORISATION 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 de santé, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, anesthésie et hospitalisation.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature des parents ou tuteur

Date

Le parent ou tuteur à la responsabilité de transmettre au camp toute nouvelle information médicale survenue entre la date où la fiche a été remplie et la date d'arrivée au camp du campeur.

BUREAU : 63, domaine Garceau, Saint-Donat, Québec J0T 2C0 • Canada / Tél.: 819-424-5809 • info@animatours.ca / info@raidcanada.com

www.animatours.ca / www.raidcanada.com