

FICHE SANTÉ 2022

Semaine(s) du séjour (encerclez): 1 2 3 4 5 6

Pour les anciens, compléter si changements

Renseignements généraux sur l'enfant

NOM _____ PRÉNOM _____
 No d'assurance maladie _____ Expiration : _____
 Sexe : M F Jour Mois Année

Renseignements généraux sur le(s) parent(s) / tuteur(s)

Nom du père : _____	Nom de la mère : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Téléphone Résidence : (____) _____	Téléphone Résidence : (____) _____
Téléphone Travail : (____) _____	Téléphone Travail : (____) _____

Votre enfant fait-il des ALLERGIES ? OUI NON

Si oui à quoi ? _____

MINEURES : TRAITEMENT _____

SÉVÈRES : TRAITEMENT _____

SI ÉPIPEN : Qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

Enfant lui-même

Adulte autorisé par ma signature : _____

Posologie : _____

Peut-il faire toutes les activités ? oui non / Si non spécifiez : _____

Suit-il un régime alimentaire spécial ? oui non / Si oui spécifiez: _____

Présente-t-il un comportement émotionnel particulier ? oui non

Si oui cochez :

Agitation Nervosité Timidité Autres (spécifiez) _____

Votre enfant mouille-t-il le lit ? oui non Votre enfant est-il somnambule ? oui non

Votre fille a-t-elle déjà eu ses menstruations ? oui non

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? oui non

Si oui, quand et pour quelle raison ? _____

Verso

NOM et PRÉNOM de l'enfant : _____

Votre enfant a-t-il déjà eu parmi les maladies suivantes (cochez)

- Épilepsie Asthme Diabète Eczéma Urticaire Bronchite Amygdalite
 Otites Oreillons Varicelle Rougeole Rubéole Autre _____

Concernant ces maladies, donnez tous les renseignements qui s'avèrent importants pour nous, en particulier les médicaments : _____

Posologie : _____

Important _____

Vaccinations

Rougeole oui non Date _____ Rubéole oui non Date _____

Oreillons oui non Date _____ DCT oui non Date _____

Autre : _____ Date _____ Autre : _____ Date _____

AUTORISATION PARENTALE

Donnez-vous l'autorisation au personnel du Camp (préposé(e) aux premiers soins) de donner certains médicaments en vente libre si la situation se présente (cochez les cases appropriées) :

- Tylenol Gravol Gouttes polysporin yeux/oreilles Sirop décongestionnant ou pour la toux
 Bénédril Autre(s) _____

En signant la présente, j'autorise la direction du Camp Boute-en-Train à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, j'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 rejoindre, 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.

Signature d'un parent ou tuteur _____

Noms de deux personnes à rejoindre en cas d'urgence (autres que les parents):

Nom _____ Lien _____

Téléphone Résidence : (____) _____ Téléphone Travail : (____) _____

Nom _____ Lien _____

Téléphone Résidence : (____) _____ Téléphone Travail : (____) _____