



FICHE MÉDICALE

CAMP DE JOUR COLONIE

DATES: _____

AUTRES

IDENTIFICATION DE L'ENFANT		IDENTIFICATION DES PARENTS	IDENTIFICATION DES PERSONNES EN CAS D'URGENCE
Nom _____		Mère Nom _____	Lien avec l'enfant _____
Prénom _____		Prénom _____	Nom _____
Sexe M F		Numéro de téléphone _____	Prénom _____
Date de naissance _____ <small>JJ/MM/AAAA</small>		Tél. au travail (si possible) _____	Numéro de téléphone _____
Âge au début du camp _____		Courriel _____	Tél. au travail (si possible) _____
Adresse permanente _____		Père Nom _____	Lien avec l'enfant _____
Ville _____		Prénom _____	Nom _____
Code postal _____		Numéro de téléphone _____	Prénom _____
Province _____		Tél. au travail (si possible) _____	Numéro de téléphone _____
NO ASSURANCE MALADIE	DATE D'EXP.	Courriel _____	Tél. au travail (si possible) _____

1. État de santé

Votre enfant souffre-t-il de:

	Oui	Non
Diabète	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypoglycémie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scoliose/lordose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertension	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Basse pression	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hernies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperactivité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Énurésie (pipi au lit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si oui, lesquelles: _____

Votre enfant a-t-il en sa possession une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies ?

 Oui NonHandicaps Oui Non

Si oui, lesquels: _____

Épilepsie Oui Non

Si oui, de quel type ? _____

Interventions chirurgicales

Précisez : _____

Veillez indiquer tout problème ou toute situation qui mérite une attention particulière quant à la santé de votre enfant: _____

Le carnet de vaccination est-il à jour ? Oui NonFille: A-t-elle eu ses menstruations ? Oui Non

2. Médicaments

Votre enfant prend-t-il des médicaments?

Noms des médicaments	Raison	Posologie	Heure
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Veillez nous faire connaître les médicaments que vous désirez que la Base de plein air de Bellefeuille administre à votre enfant en cas de nécessité:

	Oui	Non
Acétaminophène (Tempra, Atasol, Tylenol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solutions d'hydratation (Pédialyte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gouttes nasales salines (Salinex)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crème à base d'oxyde de zinc (Zincofax)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acide acétylsalicylique (Aspirine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiémétique (Gravol)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antihistaminique (Bénadryl etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anti-inflammatoire (Advil, Robaxacet etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Syrop contre la toux (Bénylin etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Qui est autorisé à administrer les médicaments et l'adrénaline à l'enfant ?

 L'enfant lui-même Moniteur Responsable de la santé au camp

Par la présente, j'autorise le personnel médical de la Base de plein air de Bellefeuille à prodiguer tous les premiers soins à mon enfant ainsi que le transport par ambulance vers un établissement hospitalier, si nécessaire.

Dans l'impossibilité de nous rejoindre, j'autorise un médecin à prodiguer tous les soins médicaux requis à son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, d'une injection, de l'anesthésie et l'hospitalisation. Je consens à ce que le personnel médical administre la médication prescrite à mon enfant par le médecin de même que les médicaments décrits sur la fiche médicale. Je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et que mon enfant est en bonne santé et apte à participer aux activités de la Base de plein air de Bellefeuille.

Nom et prénom du parent ou tuteur: _____

Signature du parent ou tuteur: _____