



# FICHE MÉDICALE

CAMP DE JOUR

DATE : \_\_\_\_\_

## INDENTIFICATION DE L'ENFANT

## TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

## PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Âge au début du camp : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

No d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant :  Père  Mère

Famille d'accueil  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant :  Père  Mère

Famille d'accueil  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant :  Père  Mère

Famille d'accueil  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant :  Père  Mère

Famille d'accueil  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone travail : \_\_\_\_\_

## HISTORIQUE MÉDICAL ET DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

## ALLERGIE

Souffre-t-il d'un problème de santé chronique ou récurrent?

Asthme : Oui  Non

Hernies : Oui  Non

Épilepsie : Oui  Non

Diabète : Oui  Non

Dyslexie : Oui  Non

Dysphasie : Oui  Non

TDA : Oui  Non

TDAH : Oui  Non

TSA : Oui  Non

Autres : \_\_\_\_\_

Doit-on lui imposer des restrictions en ce qui concerne la pratique de certaines activités? Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Le carnet de vaccination est-il à jour? Oui  Non

Fille : A-t-elle eu ses menstruations? Oui  Non

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui  Non

Noms du médicament	Raison	Posologie	Heure
_____	_____	_____	_____

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

Acétaminophène (Tempra, Atasol, Tylénol) Oui  Non

Antiémétique (Gravol) Oui  Non

Antihistaminique (Bénadryl etc.) Oui  Non

Anti-inflammatoire (Advil, etc.) Oui  Non

Antibiotique en crème (Polysporin) Oui  Non

Allergie aux piqûres d'insectes : Oui  Non

Allergie aux médicaments : Oui  Non

Allergies alimentaire : Oui  Non

Spécifier : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) pour contrôler ses allergies? Oui  Non

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

L'enfant lui-même

L'animateur de l'enfant

Toute personne adulte responsable

Posologie : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_