

FICHE SANTÉ À COMPLÉTER

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom _____ Prénom _____

(Nom du campeur)

Sexe : Masculin Féminin

No assurance maladie _____ Date d'expiration : _____

Contact en cas d'urgence _____

Téléphone maison : _____ Cellulaire : _____ Travail : _____

Non de la personne à qui sera fait le relevé 24 _____

NAS _____ (Obligatoire)

ALLERGIES

Rhume des foins Non Oui

Piqures d'insectes Non Oui

Si oui, précisez (Type d'insecte, symptômes, epipen, autre) : _____

Est-il allergique aux arachides/noix? Non Oui

Souffre-t-il d'une allergie alimentaire sévère pouvant causer un choc anaphylactique? Non Oui

En cas d'allergies trop complexe, le camp se réserve le droit de demander aux parents de fournir des plats préparés afin de veiller au bien-être et à la sécurité de leurs enfants.

Si oui, précisez : _____

Est-il végétarien? Non Oui Mange-t-il du poisson? Non Oui

est-il allergique à certains médicaments? Non Oui

Si oui, précisez : _____

A-t-il des intolérance alimentaire? Non Oui

Si oui, précisez quels produits vous apporterez pour pallier à son inconfort :

HISTORIQUE MÉDICALE

Blessures ou maladies récentes? Non Oui

Si oui, précisez : _____

Autres maladies chronique? (Asthme, épilepsie, diabète ou autre) Non Oui

Si oui, précisez : _____

Restrictions physiques? Non Oui

Si oui, précisez : _____

Porte-t-il des prothèses? Non Oui

Si oui, précisez : _____

MÉDICAMENTS ET AUTRES

Prend-il des médicament ? Non Oui

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

- Nom complet du médicament apparaissant sur le contenu
- Dosage du médicament en mg/gm ou autre posologie (inhalation, gouttes, crème, autre).
- Horaire d'administration (heure ou période de la journée, avec ou sans repas)
- Autonomie : A-t-il besoin qu'un adulte supervise ou administre le médicament

Nom du médicament	Dosage/posologie	Horaire/Fréquence	Autonomie
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
_____	_____	_____	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui

Veuillez indiquer tout autre détail pertinent concernant la prise de médicaments.

Problèmes de comportement Non Oui

Si oui, précisez : _____

Particularités concernant le sommeil (Somnanbulisme, énurésie ou autre) Non Oui

Si oui, précisez : _____

AUTORISATION DES PARENTS

Photos : J'autorise le Camp musical de l'Abitibi-Témiscamingue à utiliser des photos ou film de mes enfants pris lors de leurs séjours à des fins publicitaires.

Soins : J'autorise la direction du Camp musical de l'Abitibi-Témiscamingue à prodiguer tous les soins 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 tuteur : _____

Signature du parent tuteur : _____ Date _____