

FICHE MÉDICALE

IDENTIFICATION :

Nom _____ Prénom _____
(Nom du campeur) Téléphone maison _____

Adresse _____

Ville _____ CODE POSTAL _____

No assurance-maladie _____ expire le : _____ - _____

Date de naissance _____ - _____ - _____ Degré de scolarité _____ juin 2011
Année mois jour

Nom et prénom de la mère : _____ Tél bureau : _____

Nom et prénom du père : _____ Tél bureau : _____

*Nom et prénom de la personne à qui on doit émettre le reçu : _____

NAS : _____

Adresse électronique du campeur : _____

EN CAS D'URGENCE ET EN L'ABSENCE DES PARENTS, AVEC QUI DEVONS-NOUS COMMUNIQUER?

(2 RÉFÉRENCES OBLIGATOIRES)

✓ Nom et prénom : _____ cochez : Parent
Adresse : _____ Voisin
_____ Ami

Téléphone (résidence) _____ (bureau) _____

✓ Nom et prénom : _____ cochez : Parent
Adresse : _____ Voisin
_____ Ami

Téléphone (résidence) _____ (bureau) _____

MALADIES (J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce document à l'infirmière, au médecin, à l'hôpital ou au CLSC s'occupant de l'enfant si besoin est.)

Votre enfant présente une ou plusieurs maladies, inscrivez un « X » :

Diabète Maladie Fibrose-kystique Épilepsie

Allergie Si oui, à quoi? _____
Décrire les réactions _____

Asthme Fréquence : _____ / année.

Maladie du cœur Si oui, laquelle : _____

Trouble de la vision Si oui, lequel : _____

Trouble de l'audition Si oui, lequel : _____

Est-ce que votre enfant est autonome dans l'eau : oui non spécifiez : _____

Est-ce que votre enfant souffre d'énurésie (pipi au lit) oui non

Doit-il apporter des médicaments avec lui? Oui non

Médicaments (noms)	Posologie (heure)

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES :

Nom de la personne autorisée à venir chercher l'enfant.

Lien de parenté