



# FICHE MÉDICALE

CAMP DE JOUR

DATES: \_\_\_\_\_

AUTRES

IDENTIFICATION DE L'ENFANT		IDENTIFICATION DES PARENTS	IDENTIFICATION DES PERSONNES EN CAS D'URGENCE
Nom _____		<b>Mère</b> 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 _____		<b>Père</b> Nom _____	Lien avec l'enfant _____
Ville _____		Prénom _____	Nom _____
Code postal _____		Numéro de téléphone _____	Prénom _____
Province _____		Tél. au travail (si possible) _____	Numéro de téléphone _____
<b>NO ASSURANCE MALADIE</b>	<b>DATE D'EXP.</b>	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"/>
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"/>
Allergies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si oui, lesquelles: _____		
Trouble de comportement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Précisez : \_\_\_\_\_

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

	Oui	Non
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Handicaps Si oui, lesquels: \_\_\_\_\_

Épilepsie 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  Non

Fille: 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, Tyléno)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Solutions d'hydratation (Pédialyte)	<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, 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
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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: \_\_\_\_\_