

Fiche santé

Nom :	N° d'assurance maladie :	
Prénom :	Date d'expiration :	
Âge :	Date de naissance :	
Adresse :		
Ville :	Code postal :	Tél. :
Nom de la personne responsable de l'enfant :		
Dates du séjour ou de la journée :		

En cas d'absence, qui devons-nous rejoindre ?

Nom :	Tél. :
Nom :	Tél. :

Cochez	Maladies /handicaps / problèmes	Précisions nécessaires
<input type="checkbox"/>	Diabète	
<input type="checkbox"/>	Épilepsie	
<input type="checkbox"/>	Asthme	
<input type="checkbox"/>	Handicap visuel	
<input type="checkbox"/>	Handicap auditif	
<input type="checkbox"/>	Somnambulisme	
<input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire	
<input type="checkbox"/>	Malformation cardiaque	
<input type="checkbox"/>	Handicap intellectuel	
<input type="checkbox"/>	Handicap moteur	
<input type="checkbox"/>	Autres problèmes (précisez)	
<input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale (indiquez l'année)	
<input type="checkbox"/>	Prothèse/orthèse/appareil dentaire ou autre	

S.V.P. détaillez tout problème de santé dont votre enfant souffre :

Votre enfant a-t-il déjà eu :

La varicelle (picotte) :	La rougeole :	La coqueluche :	Les oreillons :	La rubéole :
--------------------------	---------------	-----------------	-----------------	--------------

Allergie alimentaire	Intolérance alimentaire	Autres allergies	Type de réaction

> Si votre enfant a des allergies alimentaires, veuillez joindre une deuxième photo.

Médicaments

Votre enfant aura à prendre des médicaments prescrits par un médecin, précisez lesquels et la posologie :

Votre enfant a-t-il des allergies à certains médicaments?

Si oui, lesquels :

Votre enfant aura son Épipen avec lui au camp : Oui Non

Concernant les filles

A-t-elle déjà eu ses menstruations? Oui Non

Si non, est-elle renseignée? Oui Non

Si oui, y a-t-il des considérations particulières?

Accompagnateur

La situation de votre enfant nécessite-t-elle la présence d'un accompagnateur? Oui Non

Recommandations

Recommandations particulières quant à la santé de votre enfant :

> **Si la situation de votre enfant change d'ici l'arrivée au camp, veuillez nous en aviser. Merci.**

Signature de la personne responsable de l'enfant :

Date :

Réservé au camp

Annexe au certificat de santé

1. J'autorise le personnel certifié (premiers soins) du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un médicament en vente libre.

Initiales : _____

2. J'autorise la direction du camp à confier l'enfant à un médecin de son choix s'il le juge nécessaire et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que mon enfant reçoive les soins nécessaires. Les frais de transport à l'hôpital, incluant un éventuel transport ambulancier seront à ma charge.

Initiales : _____

3. J'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant les soins requis; examens, prélèvements, traitements ou toute autre intervention.

Initiales : _____

4. J'autorise le personnel du camp à divulguer tous les renseignements de la fiche santé au responsable des soins de santé (médecin, infirmière ou secouriste) s'occupant de mon enfant

Initiales : _____

Signature : _____ Date _____