

FICHE SANTÉ

POUR LES CAMPS DE VACANCES



1. IDENTIFICATION DU CAMPEUR

Nom : _____ Âge : _____

Date du séjour : _____ Taille : _____ m Poids : _____ kg

Numéro d'assurance maladie : _____

2. RÉACTIONS ALLERGIQUES (répondre par oui ou non, expliquer si nécessaire)

Pénicilline : _____ Noix : _____ Arachides : _____ Antibiotiques : _____ Autres allergies : _____

Explications¹ : _____

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos ? [] oui [] non Si oui, année : _____

3. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ? [] oui [] non

Si oui, nom et posologie¹ : _____

J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs des médicaments ou produits ci-après décrits :

[] Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.)

[] Antibiotique en crème (polysporin, baciguent, etc.)

[] Crème solaire et insecticide

[] Autres : _____

(Épipen/médicaments qui accompagnent l'enfant à la demande des parents)

4. OBSERVATIONS GÉNÉRALES SUR L'ÉTAT DE SANTÉ¹

5. TRAITS DE CARACTÈRE DOMINANTS ET PARTICULARITÉS DU COMPORTEMENT DE VOTRE ENFANT¹

(ceci dans le but d'intervenir de la meilleure façon possible avec lui)

Est-ce sa 1^{ère} expérience de camp ? [] oui [] non Votre enfant mouille-t-il son lit ? [] oui [] non

Votre enfant sait-il nager ? [] oui [] non

6. EN L'ABSENCE DES PARENTS, QUI DEVONS-NOUS AVERTIR ?

Nom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : (____) _____

Nom : _____ Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : (____) _____

7. IMPORTANT

Nous remettre la carte d'assurance-maladie à l'arrivée au camp. Nous avertir si votre enfant a été exposé à une maladie contagieuse durant les 3 semaines précédant son arrivée au camp.

En apposant ma signature sur ce formulaire, je certifie que les renseignements fournis sur l'état de santé de mon enfant sont exacts et j'autorise la direction à donner à mon enfant les soins médicaux ordinaires (médicaments et traitements mineurs) et, en cas d'urgence, à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin. Je m'engage, par le fait, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.

Nom des parents ou répondant : _____ Tél. : (____) _____

Adresse : _____

Signature : _____ Date : _____

8. MISE À JOUR (À REMPLIR SEULEMENT À L'ARRIVÉE AU CAMP)

À ce jour, je certifie que les renseignements sur l'état de santé de mon enfant sont exacts et je m'engage à aviser la direction du camp de tout changement.

Signature du parent : _____ Date : _____

Signature du responsable du camp : _____ Date : _____

¹ Utiliser le verso de la fiche ou joindre une autre feuille si nécessaire