

FICHE SANTÉ - SAISON 2020



Pour les inscriptions : **514-385-0438** Au camp d'été : **450-228-4863**
www.eredelestuaire.com (eredelestuaire@gmail.com)

ENFANT

Remettre la carte d'assurance maladie au responsable du camp au début du séjour.

Sexe: masculin féminin

Nom: _____

Date de naissance: _____

Prénom: _____

Numéro Ass. Maladie* : _____

Adresse: _____

Expiration: _____

Ville: _____

Mère (nom de fille): _____

Code postal: _____

Père: _____

Téléphone: _____

Indiquer le nom de deux personnes à rejoindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

à l'usage du camp:

- Allergie alim.
- CAM
- Anniversaire
- Spécifique

client : _____

MÉDECIN TRAITANT

Nom: _____

Ville: _____

Prénom: _____

Adresse: _____

Tél. bureau: _____

Code postal: _____

Clinique ou hôpital: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi

date:

description:

une intervention chirurgicale: _____

une maladie chronique: _____

un accident grave: _____

A-t-il (elle) déjà eu?

Oreillons: non oui année : _____

Épilepsie: non oui année : _____

Varicelle: non oui année : _____

Diabète: non oui année : _____

Rougeole: non oui année : _____

Autres: non oui année : _____

Scarlatine: non oui année : _____

(précisez): _____

Asthme: non oui année : _____

VACCINATIONS et MÉDICAMENTS

ALLERGIES

<u>Dernier vaccin</u>	oui	non	date:		oui	non
Antitétanique: (DCT ou DT ou DT-P)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Fièvre des foins:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Médicaments?</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nom des médicaments:		posologie:		Pénicilline:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		_____		Autres médicaments*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		_____		Animaux*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____		_____		Arachides/ noix*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Alimentaires*:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* spécifiez: _____

ALLERGIES GRAVES

Votre enfant a-t-il (elle) à sa disposition une dose d'adrénaline
(Épipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament, et selon quelle posologie?

Enfant lui-même: Le responsable de l'infirmierie Tout autre adulte:

Par la présente, j'autorise les personnes ci-haut désignées à administrer,
selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

signature du parent ou tuteur date

MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION

*dans le cas de malaises mineurs, autorisez-vous le personnel du camp à administrer
en cas de besoin un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits?*

initiales du parent / tuteur

Acétaminophène (Tylenol, Temptra, etc.) _____

Acide acétylsalicylique (Aspirin) _____

Anti-inflammatoires (Advil) _____

Anti-émétique (Gravol) _____

Antibiotique en crème (Polysporin, Baciguent, etc.) _____

Sirope contre la toux (Bénylin) _____

Autres: _____

(médicaments qui accompagnent l'enfant)

AUTRES CARACTÉRISTIQUES

Votre enfant présent-il (elle)?	oui	non	description:
Problèmes de comportements:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mouille son lit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Est somnambule:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mange difficilement:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Porte des prothèses:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Des réserves pour certaines activités:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Notes: (s'il y a lieu) : _____
