

FICHE SANTÉ DU CAMP DE JOUR DE HUNTINGDON 2017

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant _____

Prénom de l'enfant _____

Sexe Masculin Féminin

Numéro d'assurance maladie _____ Expiration _____

Nom des parents ou tuteurs

1) _____ maison: _____ travail: _____

2) _____ maison: _____ travail: _____

Coordonnées de deux personnes, autres que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d'urgence

Nom complet	Nom complet
Adresse	Adresse
Ville Province Code postale	Ville Province Code postale

Lien avec la famille: _____ Lien avec la famille: _____

tél.: _____ # tél.: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale: OUI NON

Si oui, veuillez spécifier la date et la nature de la chirurgie: Date: _____

A-t-il déjà subi des blessures graves: OUI NON

Si oui, décrire: _____

Maladies chroniques ou récurrentes: OUI NON

Si oui, décrire: _____

Souffre-t-il?

Asthme: OUI NON

Hernies: OUI NON

Épilepsie: OUI NON

Diabète: OUI NON

Autres:

Précisez:

A-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités?

OUI NON

Si oui, décrire:

NIVEAU EN NATATION

Est-ce que votre enfant sait nager en eau profonde? OUI NON

Quel est son dernier niveau de natation réussi?

Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la piscine? OUI NON

Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la plage? OUI NON

ALLERGIES

Allergies alimentaires OUI NON

Allergies aux arachides OUI NON

Fièvres des foies OUI NON

Herbe à puce OUI NON

Autres allergies

Piqûres d'insectes OUI NON

Animaux OUI NON

Pénicilline OUI NON

Autres médicaments OUI NON

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies? OUI NON

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

L'enfant lui-même

Animateur de l'enfant

Toute personne adulte responsable

Posologie:

Commentaires et autres particularités médicales:

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date