



FICHE SANTÉ DU CAMP DE JOUR DE HUNTINGDON

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?			A-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités?
Asthme:	OUI	NON	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Hernies:	OUI	NON	Si oui, décrire: _____
Épilepsie:	OUI	NON	_____
Diabète:	OUI	NON	_____
Autres:	_____		
Précisez:	_____		

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 <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la plage?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ALLERGIES

Allergies alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allergies aux arachides	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Animaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Fièvres des foins	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Pénicilline	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres médicaments	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres allergies	_____				

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 _____