



# FICHE MÉDICALE DU PARTICIPANT

PHOTO

## COORDONNÉES DU PARTICIPANT

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: F \_\_\_ M \_\_\_  
N° d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Expiration: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_\_ Téléphone maison: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

## RÉPONDANT DE L'ENFANT

Prénom du père: \_\_\_\_\_ Nom du père: \_\_\_\_\_  
Tél. (travail): \_\_\_\_\_ poste: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
Prénom de la mère: \_\_\_\_\_ Nom de la mère: \_\_\_\_\_  
Tél. (travail): \_\_\_\_\_ poste: \_\_\_\_\_ Cellulaire: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_  
Garde de l'enfant:  Père et mère  Mère  Père  Partagée  Tuteur

## EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en premier en cas d'urgence:  Père et mère  Mère  Père  Partagée  Tuteur  
Personnes à joindre en cas d'URGENCE autre que les parents:

1. Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_  
Tél. (travail): \_\_\_\_\_ poste: \_\_\_\_\_ Téléphone maison: \_\_\_\_\_  
2. Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_  
Tél. (travail): \_\_\_\_\_ poste: \_\_\_\_\_ Téléphone maison: \_\_\_\_\_

## DÉPART DE L'ENFANT

Qui est autorisé à venir chercher votre enfant le soir (autre que l'un des deux parents)?

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_  
Votre enfant est-il autorisé à quitter seul le soir?  Oui  Non Si oui, à quelle heure? \_\_\_\_\_

VEUILLEZ NOTER que dans les cas où ce ne sont pas les personnes autorisées qui viennent chercher l'enfant, nous ne serons pas autorisés à laisser quitter votre enfant, peu importe le lien de parenté qui unit votre enfant à cette personne. Il faudra au préalable une permission écrite de votre part avisant que votre enfant quittera avec une tierce personne.

## INFORMATIONS MÉDICALES

S'IL Y A LIEU, COCHEZ LES MALADIES OU AFFECTIONS DE VOTRE ENFANT :

Asthme  Diabète  Épilepsie  Migraine  Hyperactivité  Trouble de comportement  TED, précisez: \_\_\_\_\_  
 Autres: \_\_\_\_\_

Renseignements importants concernant ces maladies ou affections: \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

Fièvre des foies  Herbe à puces  Piqûres d'insectes  Animaux\*  Pénicilline  Autres médicaments\*  Arachides  Autres aliments\*  
 Autres\* \*Précisez: \_\_\_\_\_

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 administrer ce médicament et selon quelle posologie?  Enfant lui-même  Enseignant de l'enfant

Toute personne adulte responsable Posologie: \_\_\_\_\_

Selon notre politique l'enfant doit toujours avoir son adrénaline sur lui en tout temps.

## À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant. **Signature du parent** \_\_\_\_\_

Si votre enfant doit prendre des médicaments, à votre arrivée au camp, vous devez nous fournir une autorisation écrite afin que nous puissions administrer les posologies prescrites à votre enfant.

Toute nouvelle information médicale devra nous être signalée.

## AUTRES

A-t-il besoin d'une aide flottante pour se baigner :  Oui  Non Si oui, elle devra être fournie par le parent.

## AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires. Si le direction du camp le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie, et l'hospitalisation. Je reconnais également qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire si la vie de mon enfant est en danger ou son intégrité menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile.

### Signature:

J'autorise également le camp à utiliser ou à permettre l'utilisation, à des fins publicitaires, dans des brochures, revues, journaux, internet ou tout autre outil de communication, de matériel photographique ou cinématographique sur lequel apparaît mon enfant et réalisé pendant son séjour au camp. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp.

**Signature:** \_\_\_\_\_