



FORMULAIRE DE SANTE (un formulaire par enfant)

Renseignements personnels de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

No. assurance-maladie : _____ Date d'expiration : _____

Renseignements médicaux



Votre enfant souffre-t-il (elle) de :

- Asthme
- Sensibilité de la peau
- Énurésie
- Épilepsie
- Troubles de la vue
- Diabète
- Si allergie(s), spécifier : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, ana-kit) en fonction de ses allergies? Oui Non

Si oui, par la présente, j'autorise les animatrices du camp de jour à conserver et administrer ce médicament selon le besoin et/ou en cas d'urgence.

Oui Non Signature du parent : _____



Médicaments



Votre enfant prend-il un ou des médicaments ? Oui Non

Si oui, vous devez nous les remettre au début du camp de jour dans un sac Ziploc..

Nom du ou des médicaments : _____ Posologie : _____

Notes importantes : _____



Autres informations

Votre enfant présente-t-il un trouble du comportement ? (TDA/H¹, TOP², TC³)

Oui Non

Si oui, précisions : _____

Médicament (s) : _____

Votre enfant porte-t-il des prothèses particulières ? Oui non

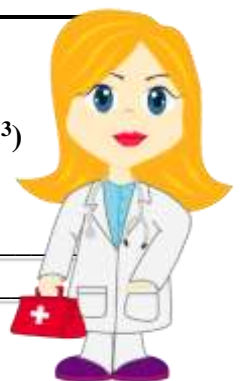
Si oui, décrire : _____

Autres particularités médicales que nous devrions savoir : _____

¹ Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

² Trouble oppositionnel du développement

³ Trouble du comportement



Autorisation parentale – prise de médicament



En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins nécessaires à mon enfant si celle-ci le juge nécessaire. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance vers un établissement hospitalier ou de santé. De plus, s'il s'avère impossible de nous joindre, j'autorise le médecin ou les professionnels de la santé à répondre aux besoins médicaux de mon enfant.

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR LÉGAL

DATE DE LA SIGNATURE

