

FORMULAIRE DE SANTÉ

(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 Troubles de la vue
 Épilepsie 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 ou du tuteur légal : _____

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 le contenant original.

Nom du ou des médicaments : _____ Posologie : _____

Notes importantes : _____

Autres informations

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

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 :

Autorisation parentale - Soins

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. Aussi, 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 du tuteur légal

Date de la signature

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

² Trouble oppositionnel du développement

³ Trouble du comportement