



Fiche médicale

Programme Camp familial

2017



Renseignement Généraux

Nom :	Prénom :		
Sexe :	Âge :	Taille :	Poids :
No. d'assurance maladie :	Date d'expiration		
Nom :	Prénom :		
Sexe :	Âge :	Taille :	Poids :
No. d'assurance maladie :	Date d'expiration		
Nom :	Prénom :		
Sexe :	Âge :	Taille :	Poids :
No. d'assurance maladie :	Date d'expiration		
Nom :	Prénom :		
Sexe :	Âge :	Taille :	Poids :
No. d'assurance maladie :	Date d'expiration		

Adresse : _____

Téléphone : (maison) _____

État de santé

Un membre de votre famille souffre-t-il de :

	Oui	Non	Non de la personne
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Somnambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladie de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mouille son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Autre (spécifiez):



Fiche médicale

Programme Camp familial

2017

Allergies

Un membre de votre famille souffre-t-il d'allergie ? Oui Non

Si oui, précisez :

Nom	_____	Allergie	_____	Symptômes	_____
Nom	_____	Allergie	_____	Symptômes	_____
Nom	_____	Allergie	_____	Symptômes	_____

Un membre de votre famille a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies ?

Oui Non

Nom : _____

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

personne elle-même

personnel du camp

membre de la famille

Posologie: _____

À SIGNER SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE À UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées ci-haut à administrer selon le besoin en cas d'urgence la dose d'adrénaline _____ à _____

Signature du responsable : _____

Un membre de votre famille a-t-il déjà été hospitalisé ? Oui Non

Si oui, veuillez en indiquer la raison :

Autres informations pertinentes :

Signé à _____

Date: _____

Signature : _____