



Fiche médicale

Programme Camp familial

2020



Renseignements 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

2020

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 : _____