



# FICHE MÉDICALE



## Renseignements Généraux

2020

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: (travail) \_\_\_\_\_ (maison) \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_ Poids: \_\_\_\_\_

No. d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

**\*LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE DOIT ÊTRE REMISE À L'ARRIVÉE.\***

## Assurance médicaments

Information relative à l'assurance-médicaments:

Votre enfant est-il couvert par une assurance privée \_\_\_\_\_ ou par la Régie \_\_\_\_\_ ?

Assurance médicaments privée: \_\_\_\_\_ Cie d'assurance: \_\_\_\_\_

Numéro de police: \_\_\_\_\_

## État de santé

L'enfant souffre-t-il de :	OUI	NON		OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mouille son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Autre (spécifiez): \_\_\_\_\_

## Allergies

L'enfant souffre-t-il d'allergie? Oui  Non

Si oui, précisez:

\_\_\_\_\_ symptômes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ symptômes \_\_\_\_\_

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

Oui  Non

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

Enfant lui-même  Moniteur de l'enfant

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

## A SIGNER SI VOTRE ENFANT A 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 mon enfant.

Signature du parent: \_\_\_\_\_



# FICHE MÉDICALE



**Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé:**

Oui

Non

Si oui, veuillez en indiquer la raison: \_\_\_\_\_

**Votre enfant prend-t-il des médicaments**

Oui

Non

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

Posologie: \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à administrer le médicament

Enfant

Personnel du camp

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

Posologie: \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à administrer le médicament

Enfant

Personnel du camp

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

Posologie: \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à administrer le médicament

Enfant

Personnel du camp

Nom du médicament: \_\_\_\_\_

Posologie: \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à administrer le médicament

Enfant

Personnel du camp

**Autres informations pertinentes:** \_\_\_\_\_

**Signé à:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Signature du parent:** \_\_\_\_\_