

Mayer Division Danse

FICHE SANTÉ 2016

Renseignements généraux sur l'enfant

NOM _____

PRÉNOM _____

No d'assurance maladie _____

Expiration : _____

Sexe : M F

Jour Mois Année

Renseignements généraux sur le(s) parent(s) / tuteur(s)

Nom du père :

Adresse :

Téléphone Résidence :

(_____) _____

Téléphone Travail :

(_____) _____

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone Résidence :

(_____) _____

Téléphone Travail :

(_____) _____

Votre enfant fait-il des ALLERGIES ? OUI NON

Si oui à quoi ? _____

MINEURES : TRAITEMENT _____

SÉVÈRES : TRAITEMENT _____

SI ÉPIPEN : Qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

Enfant lui-même

Adulte autorisé par ma signature Signature: _____

Posologie : _____

Peut-il faire toutes les activités ? oui non / Si non spécifiez : _____

Suit-il un régime alimentaire spécial ? oui non / Si oui spécifiez : _____

Présente-t-il un comportement émotionnel particulier ? oui non / Si oui cochez :

Agitation Nervosité Timidité Autres (spécifiez) _____

Votre enfant mouille-t-il le lit ? oui non Votre enfant est-il somnambule ? oui non

Votre fille a-t-elle déjà eu ses menstruations ? oui non

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? oui non

Si oui, quand et pour quelle raison ? _____

Votre enfant a-t-il déjà eu parmi les maladies suivantes (cochez)

- Épilepsie Asthme Diabète Eczéma Urticaire Bronchite Amygdalite
 Otites Oreillons Varicelle Rougeole Rubéole Autre _____

Concernant ces maladies, donnez tous les renseignements qui s'avèrent importants pour nous, en particulier les médicaments : _____

Posologie : _____

Important

Vaccinations

Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date _____	Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date _____
Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date _____	DCT <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date _____
Autre : _____	Date _____	Autre : _____	Date _____
Autre : _____	Date _____	Autre : _____	Date _____

AUTORISATION PARENTALE

Donnez-vous l'autorisation au personnel du Camp (préposé(e) aux premiers soins) de donner certains médicaments en vente libre si la situation se présente (cochez les cases appropriées) :

- Tylenol Grivol Gouttes polysporin yeux/oreilles Sirop décongestionnant ou pour la toux
 Bénédryl Autre(s) _____

En signant la présente, j'autorise la direction du Camp Boute-en-Train et Mayer Division Danse à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, j'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Camp et Mayer Division Danse à prodiguer à mon enfant séjournant au Camp, tous les soins médicaux requis par son état y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Signature d'un parent ou tuteur _____

Noms de deux personnes à rejoindre en cas d'urgence (autres que les parents):

Nom _____ Lien _____

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

(_____) _____ (_____) _____

Nom _____ Lien _____

Téléphone Résidence : _____ Téléphone Travail : _____

(_____) _____ (_____) _____