



FICHE SANTÉ

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Prénom et nom de l'enfant

Date de naissance

Âge lors du séjour

Adresse (Si différente)

Ville

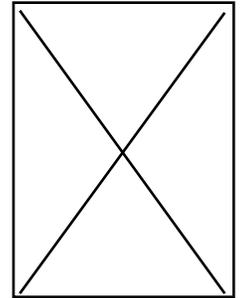
Province

Code postal

IMPORTANT

Numéro d'assurance maladie

Expiration



PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

** Ces personnes doivent être différentes des parents ou tuteurs légaux et seront rejoint en cas d'impossibilité de contacter les parents ou tuteurs légaux s'il y a une urgence.

Personne no1

Lien avec l'enfant

Téléphone principal

Téléphone Secondaire

Autres informations pertinentes

Personne no1

Lien avec l'enfant

Téléphone principal

Téléphone Secondaire

Autres informations pertinentes

INFORMATIONS MEDICALES

Votre enfant a-t-il des **allergies**: Oui Non

Cochez si vous avez d'autres renseignements médicaux (Ajoutez une feuille vierge).

Si oui, possède-t-il un système d'auto injection d'épinéphrine (ÉPIPEN)? Oui Non

Identifiez l'allergie

Identifiez la réaction

Détails (verso si nécessaire)

Identifiez l'allergie

Identifiez la réaction

Détails (verso si nécessaire)

Veillez nous donner les informations suivantes sur votre enfant :

Prendra-t-il des médicaments durant son séjour ? Oui Non

Cochez s'il est sujet à :

Asthme Diabète Énurésie Épilepsie

Si oui, des renseignements supplémentaires vous seront demandés dès votre arrivée au camp.

Votre enfant suit-il un régime alimentaire particulier ?

Végétarien Sans gluten

Halal Intolérance

Kasher Autre

AUTORISATIONS PARENTALES

J'autorise le personnel médical du camp Bruchési à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires à son état. J'accepte également que mon enfant soit transporté, en cas d'urgence, par ambulance (à mes frais) ou autrement et à le faire admettre dans un établissement médical. S'il est impossible de me rejoindre, j'autorise le médecin de cet établissement à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (intervention chirurgicale, transfusion, anesthésie etc.).

Signature du parent : _____ Date : _____

J'autorise le personnel médical du camp Bruchési à administrer à mon enfant, si nécessaire, des médicaments en vente libre tel que : acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.) anti-inflammatoire (Naproxin, Motrin), ibuprofène (Advil), antibiotique en crème (Polisporin, Baciguent, etc.), antiémétique (Gravol), antihistaminique (Bénadryl, Claritin, etc.).

Signature du parent : _____ Date : _____