



FICHE MÉDICALE

CAMP DE JOUR
DATE _____

INDENTIFICATION DE L'ENFANT	TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE	PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE
Nom: _____ Prénom: _____ Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Date de naissance: _____ Âge au début du camp: _____ Adresse: _____ Ville: _____ Code postal: _____ No d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____	Lien avec l'enfant: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre(précisez): _____ Nom: _____ Prénom: _____ Numéro de téléphone: _____ Téléphone travail: _____ Courriel: _____ Lien avec l'enfant: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre(précisez): _____ Nom: _____ Prénom: _____ Numéro de téléphone: _____ Téléphone travail: _____ Courriel: _____	Lien avec l'enfant: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre(précisez): _____ Nom: _____ Prénom: _____ Numéro de téléphone: _____ Téléphone travail: _____ Lien avec l'enfant: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Autre(précisez): _____ Nom: _____ Prénom: _____ Numéro de téléphone: _____ Téléphone travail: _____

HISTORIQUE MÉDICAL ET DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

Souffre-t-il d'un problème de santé chronique ou récurrent?

Asthme: Oui Non
Hernies: Oui Non
Épilepsie: Oui Non
Diabète: Oui Non
Dyslexie: Oui Non
Dysphasie: Oui Non
TDA: Oui Non
TDAH: Oui Non
TSA: Oui Non
Autres: _____

Doit-on lui imposer des restrictions en ce qui concerne la pratique de certaines activités? Si oui, veuillez expliquer: _____

Le carnet de vaccination est-il à jour? Oui Non
Fille: A-t-elle eu ses menstruations? Oui Non
Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui Non

Noms du médicament	Raison	Posologie	Heure
_____	_____	_____	_____

Veuillez nous faire connaître les médicaments que vous désirez que la Base de plein air de Bellefeuille administre à votre enfant en cas de nécessité:

Acétaminophène (Tempra, Atasol, Tylenol)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Antiémétique (Gravol)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Antihistaminique (Bénadryl etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Anti-inflammatoire (Advil, etc.)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Antibiotique en crème (Polysporin)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

ALLERGIE

Allergie aux piqûres d'insectes: Oui Non
Allergie aux médicaments: Oui Non
Allergies alimentaire: Oui Non
Spécifier: _____
Autres: _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) pour contrôler ses allergies?
Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament?
 L'enfant lui-même
 L'animateur de l'enfant
 Toute personne adulte responsable
Posologie: _____

Est-ce que votre enfant présente une condition de santé particulière que nous devrions connaître, laquelle augmente le risque pour lui de contracter le COVID-19 lors de sa participation au camp de jour? (Voir le Guide des mesures de prévention COVID-19)
Oui Non
Si oui, précisez: _____

Par la présente, j'autorise le personnel médical de la Base de plein air de Bellefeuille à prodiguer tous les premiers soins à mon enfant ainsi que le transport par ambulance vers un établissement hospitalier, si nécessaire.

Dans l'impossibilité de nous rejoindre, j'autorise un médecin à prodiguer tous les soins médicaux requis à son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, d'une injection, de l'anesthésie et l'hospitalisation. Je consens à ce que le personnel médical administre la médication prescrite à mon enfant par le médecin de même que les médicaments décrits sur la fiche médicale. Je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et que mon enfant est en bonne santé et apte à participer aux activités de la Base de plein air de Bellefeuille.

Nom et prénom du parent ou tuteur:

Signature du parent ou tuteur:
