

INDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____
 Prénom : _____
 Sexe : M F
 Date de naissance : _____
 Âge au début du camp : _____
 Adresse : _____

 Ville : _____
 Code postal : _____
No d'assurance maladie :

Date d'expiration : _____

TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Lien avec l'enfant : Père Mère
 Famille d'accueil Autre(précisez) : _____

 Nom : _____
 Prénom : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Téléphone travail : _____
 Courriel : _____
Lien avec l'enfant : Père Mère
 Famille d'accueil Autre(précisez) : _____

 Nom : _____
 Prénom : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Téléphone travail : _____
 Courriel : _____

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Lien avec l'enfant : Père Mère
 Famille d'accueil Autre(précisez) : _____

 Nom : _____
 Prénom : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Téléphone travail : _____
Lien avec l'enfant : Père Mère
 Famille d'accueil Autre(précisez) : _____

 Nom : _____
 Prénom : _____
 Numéro de téléphone : _____
 Téléphone travail : _____

HISTORIQUE MÉDICALE 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 plein air de Bellefeuille administre à votre enfant en cas de nécessité :

Acétaminophène (Tempra, Atasol, Tyléno) Oui Non
 Antiémétique (Gravol) Oui Non
 Antihistaminique (Bénadryl etc.) Oui Non
 Anti-inflammatoire (Advil, etc.) Oui Non
 Antibiotique en crème (Polysporin) Oui Non

ALLERGIE

Allergie aux piqûres d'insectes Oui Non
 Allergie aux médicaments Oui Non
 Allergies alimentaires Oui Non

Spécifier : _____
 Autres : _____

 Votre enfant dispose-t-il d'une dose d'adrénaline pour ses allergies?
 Oui Non (Épipen, Ana-Kit ou autre)

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 et qui le mettrait à risque 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 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 plein air de Bellefeuille.

Nom et prénom du parent ou tuteur: _____

Signature du parent ou tuteur: _____