



**Vous devez nous retourner la fiche médicale avec votre formulaire d'inscription
Un formulaire par enfant**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT

Date d'arrivée: _____ Date de départ: _____ Séjour : _____

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp? Oui Non

Nom de l'enfant: _____ Téléphone : _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Sexe : F M Date de naissance: _____ Âge lors du séjour: _____

N° assurance maladie du campeur: _____ Date d'expiration: _____

Nom du médecin traitant: _____ Tél : _____ Clinique/hôpital : _____

Répondant de l'enfant

Nom de la MÈRE: _____ Tél. Résidence: _____ Tél. Bureau : _____

Nom du PÈRE: _____ Tél. Résidence: _____ Tél. Bureau : _____

Garde de l'enfant : Mère et père Mère Père Garde partagée Tuteur

En cas d'urgence

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Mère et père Mère Père Tuteur

AUTRE personne à joindre en cas d'URGENCE :

Nom: _____ Lien de parenté : _____ Tél.Rés : _____ Tél.Bur : _____

Nom: _____ Lien de parenté : _____ Tél.Rés : _____ Tél.Bur : _____

Nom: _____ Lien de parenté : _____ Tél.Rés : _____ Tél.Bur : _____

Intervention chirurgicales

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? : Oui Non Si oui :

Date : _____ Raison : _____ Résultat : _____

Blessures graves :

Date : _____ Décrire: _____

Maladies chroniques ou récurrentes :

Date : _____ Décrire: _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

A-t-il (elle) déjà eu ?		Souffre-t-il (elle) ?	
Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Épilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Migraines	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Hyperactivité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres, précisez :		Autres, précisez :	

Concernant ces maladies ou affections, donnez-nous les renseignements importants :

Fille : A-t-elle déjà eu ses menstruations oui Non, elle n'est pas renseignée
Non, elle est renseignée

Y-a-t-il des considérations particulières : _____

VACCINATIONS		DATE	ALLERGIES	
Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Fièvre des foins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Herbes à puce	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
DCT	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Animaux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Pénicilline	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Autres médicaments	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Allergies aux arachides	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres, précisez :			Autres, précisez :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) 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 Toute personne adulte responsable
Moniteur de l'enfant Posologie : _____

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

MÉDICAMENTS :

Votre enfant prend-il des médicaments?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire :	
Nom des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Spécifiez :
Autres particularités médicales:	

J'autorise également si nécessaire, de donner à mon enfant les médicaments suivants :

Acétaminophène (Tylenol) Initiales _____ Antihistaminique (Benadryl) Initiales _____
Ibuprofène (Advil) Initiales _____ Autre _____ Initiales _____

AUTRES :

Présente-il des problèmes de comportement :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire :	
Porte-t-il des lunettes ou lentilles ?	
Mouille-t-il son lit ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-il somnambule?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mange-t-il normalement?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si non, décrire :	
Porte-t-il des prothèses particulières?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des réserves pour certaines activités :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire :	

AUTORISATION DES PARENTS**Médias**

Étant donné que la Base de Plein Air Mont-Tremblant prendra des photos et (ou) des films sur les activités de mon enfant pendant la durée de son séjour, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires (brochures, site web, etc.). Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la Base de Plein Air Mont-Tremblant ou de l'Association des camps du Québec.

Si votre enfant doit prendre des médicaments, à votre arrivée au camp ou à l'autobus, vous devez remettre le formulaire d'autorisation d'administration de médicament et nous fournir une autorisation écrite afin que nous puissions administrer les posologies prescrites à votre enfant.

- Veuillez prendre note que toutes ces informations demeureront confidentielles. Seules les informations Concernant l'état de santé de votre enfant seront divulguées à son animateur, au responsable des soins de santé et son supérieur immédiat afin de permettre une meilleure approche auprès de votre enfant ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.
- En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer et à venir rencontrer les responsables du camp si le comportement de mon enfant nuit au bon fonctionnement du camp.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date