



FICHE MÉDICALE

CAMPEUR RÉSIDANT : _____ SESSION NO : _____

CAMPEUR DE JOUR : _____ SEMAINE : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CAMPEUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

NO D'ASS. MALADIE : _____ Date d'expiration : _____

Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos? OUI NON Si OUI, en quelle année? _____

Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole? OUI NON Si OUI, en quelle année? _____

Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessures graves, etc.) : _____

Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités, doit-il porter des prothèses particulières? OUI NON

Si OUI, précisez? _____

Particularités à nous signaler sur le caractère ou le comportement de votre enfant (hyperactivité, ennui, phobie, etc.) : _____

AFFECTATIONS OU MALADIES :

ASTHME BRONCHITE ÉVANOUISSEMENT CONSTIPATION SOMNAMBULISME CONVULSIONS
 ÉNURÉSIE MIGRAINES HYPERACTIVITÉ SOUS-ACTIVITÉ OTITE NAUSÉES
 SAIGNEMENT DE NEZ AUTRE(S)

ALLERGIES :

PÉNICILLINE ASPIRINE PIQÛRE D'INSECTES HERBE À PUCE FIÈVRE DES FOINS
 MÉDICAMENTS (SPÉCIFIEZ) _____
 ALIMENTS (SPÉCIFIEZ) _____
 AUTRE(S) _____

MÉDICATION :

OUI NON Si OUI, pour quel(s) malaise(s)? _____

Nom du médicament : _____

Nom du médecin : _____

Posologie : _____

Traitement habituel, précisez : _____

Commentaires : _____

Autorisation pour l'administration d'adrénaline :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? OUI NON

Si OUI, indiquez qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament et selon quelle posologie :

Enfant Moniteur Adulte responsable, précisez : _____

Posologie : _____

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

Signature du parent responsable : _____ date : _____



130, 1re Rue, Lac Rouge Nord
St-Alphonse-Rodriguez (Québec)
J0K 1W0

Tél. : 450 883 2022
Fax : 450 883 6972

www.campdelasalle.qc.ca
info@campdelasalle.qc.ca