

INFORMATIONS SUR L'ENFANT			
Nom :	Sexe :	Date de naissance(J/M/A):	Âge :
Adresse :		Ville :	Code Postal :
Numéro d'assurance-maladie :			Expiration :

INFORMATIONS SUR LE PARENT		
Nom :	Tél. Maison :	Tél. Travail :

CONTACTS D'URGENCE	
Contact d'urgence 1	Contact d'urgence 2
Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :
Téléphone :	Téléphone :
Autre téléphone :	Autre téléphone :
Relation :	Relation :

INFORMATIONS MÉDICALES					
Votre enfant souffre-t-il d'ALLERGIES ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	Noix	<input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arachides	<input type="checkbox"/>	Fruits de mer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Œufs	<input type="checkbox"/>	Autre : _____
Votre enfant souffre-t-il de problèmes de santé particuliers ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/>	Asthme	<input type="checkbox"/>	Épilepsie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	Trouble visuel
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble auditif	<input type="checkbox"/>	Autre : _____

Date du dernier vaccin antitétanique (DCT ou DT ou DT-P) JJ/MM/AAA :

Votre enfant mouille-t-il son lit ? Non Parfois Oui Mesures à prendre ?

Votre enfant est-il couvert par une assurance personnelle ou par la Régie

AUTORISATION DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS EN CAS DE BESOIN

J'autorise le personnel du Camp Mariste à distribuer à mon enfant, en cas de besoin, un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits (signature obligatoire pour chacun des médicaments énumérés) :

Cochez	Nom du médicament	Signature du parent
<input type="checkbox"/>	Ibuprofène (<i>advil, motrin, etc.</i>) si inflammation	
<input type="checkbox"/>	Acétaminophène (<i>tylénol, tempra, etc.</i>) si fièvre, céphalée ou douleur.	
<input type="checkbox"/>	Anti-émétique (<i>gravol</i>) si nausées ou vomissements	
<input type="checkbox"/>	Sirop contre la toux et décongestionnant	
<input type="checkbox"/>	Anti-histaminique (<i>bénadryl, claritin</i>) si réaction allergique	
<input type="checkbox"/>	Crème / vaporisateur antibiotique (<i>polysporin</i>) si contusion ou éraflure	
<input type="checkbox"/>	Crème avec cortisone si démangeaison	
<input type="checkbox"/>	Granules homéopathiques (<i>arnica, ledum, métal.album, etc.</i>)	

INDIQUEZ CI-DESSOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ENFANT DEVRA POSSIBLEMENT PRENDRE PENDANT SON SÉJOUR :

(Ex. : Ventolin, pompe)	(Ex. : Pour crise d'asthme)	(Ex. : 2 bouffées avant exercices)		
Nom du médicament	Indication	Fréquence	Régulièrement	ou au besoin
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NB: Tous les médicaments à prendre régulièrement devront être remis obligatoirement dans le système alvéolaire de distribution (système Dispill) préparé par le pharmacien que vous pouvez obtenir gratuitement sur demande, en téléphonant à l'avance à votre pharmacien. Les médicaments « au besoin » devront être dans leur contenant original avec l'étiquette de prescription.

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

J'autorise la direction du Camp Mariste à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.

Signature du parent : _____