



COLONIE DES GRÈVES
DE CONTRECOEUR

FICHE MÉDICALE



Renseignements Généraux

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Téléphone: (travail) _____ (maison) _____

Sexe: _____ Âge: _____ Taille: _____ Poids: _____

No. d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: _____

LA CARTE D'ASSURANCE-MALADIE DOIT ÊTRE REMISE À L'ARRIVÉE.

Assurance médicaments

Information relatives à l'assurance-médicaments:

Votre enfant est-il couvert par une assurance privée _____ ou par la Régie _____ ?

Assurance médicaments privé: _____ Cie d'assurance: _____

Numéro de police: _____

État de santé

L'enfant souffre-t-il de :	OUI	NON		OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mouille son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Autre (spécifiez): _____

Allergies

L'enfant souffre-t-il d'allergie? Oui Non

Si oui, précisez:

_____ symptômes _____

_____ symptômes _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, Ana-kit) 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 Moniteur de l'enfant

Toute personne adulte responsable Posologie: _____

A SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

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

Signature du parent: _____



COLONIE DES GRÈVES
DE CONTRECEUR

FICHE MÉDICALE



Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé: Oui Non

Si oui, veuillez en indiquer la raison: _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments Oui Non

Nom du médicament:	_____		
Posologie:	_____		
Qui est autorisé à administrer le médicament	Enfant	<input type="checkbox"/>	
	Personnel du camp	<input type="checkbox"/>	

Nom du médicament:	_____		
Posologie:	_____		
Qui est autorisé à administrer le médicament	Enfant	<input type="checkbox"/>	
	Personnel du camp	<input type="checkbox"/>	

Nom du médicament:	_____		
Posologie:	_____		
Qui est autorisé à administrer le médicament	Enfant	<input type="checkbox"/>	
	Personnel du camp	<input type="checkbox"/>	

Autres informations pertinentes: _____

Signé à: _____ **Date:** _____

Signature du parent: _____