

## Fiche santé pour le participant

Complétée par:  Parent de l'enfant  Tuteur de l'enfant  Autre, spécifiez: \_\_\_\_\_  
 Date du séjour: \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ exp.: \_\_\_\_\_

**(Remettre la carte d'assurance maladie au responsable du camp au début du séjour)**

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX:

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Sexe: M – F  
 Nom des parents ou tuteurs:  
 1) \_\_\_\_\_ Tél. maison ( ) \_\_\_\_\_ Travail ( ) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ Tél. maison ( ) \_\_\_\_\_ Travail ( ) \_\_\_\_\_  
 Nom de votre médecin traitant: \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Coordonnées de deux personnes autres que les parents ou tuteurs à rejoindre en cas d'urgence

1) Nom: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Tél.: ( ) \_\_\_\_\_  
 Lien avec la famille  Parent  Ami  Voisin  
 2) Nom: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
 Code postal \_\_\_\_\_ Tél.: ( ) \_\_\_\_\_  
 Lien avec la famille  Parent  Ami  Voisin

### INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale  Oui  Non Si oui:  
 Date \_\_\_\_\_ Raison \_\_\_\_\_ Résultats \_\_\_\_\_

### Blessures graves, maladies chroniques ou récurrentes

Date: \_\_\_\_\_  
 Décrire: \_\_\_\_\_

**Filles:** 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: \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A-t-il (elle) déjà eu?			Souffre-t-il (elle)?		
Oui	Non	Date	Oui	Non	Fréquence, date, etc.
Otites:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____		
Autres:	_____				
	_____				
Précisez:	_____				
	_____				

**VACCINATIONS**

	Oui	Non	Date
Rougeole	__	__	_____
Rubéole	__	__	_____
Oreillons	__	__	_____
DCT	__	__	_____
Polio	__	__	_____

Autres, précisez: \_\_\_\_\_

**ALLERGIES**

	Oui	Non
Fièvre des foins	__	__
Herbes à puce	__	__
Piqûres d'insectes	__	__
Animaux*	__	__
Pénicilline	__	__
Autres médicaments*	__	__
Allergies aux arachides	__	__
Allergies alimentaires	__	__

Autres, précisez: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition d'une dose d'adrénaline (Epipen, 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 par le camp à administrer en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.**\_\_\_\_\_  
**Signature du parent****MÉDICAMENTS**

Votre enfant prend-il des médicaments: \_\_ Oui \_\_ Non

Si oui:

Nom des médicaments:

Posologie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les prend-il lui-même \_\_ Oui \_\_ Non

Spécifiez: \_\_\_\_\_

**AUTRES**

1) Présente-il des problèmes de comportement: \_\_ Oui \_\_ Non

Si oui, décrire: \_\_\_\_\_

2) Mouille-t-il son lit \_\_ Oui \_\_ Non, Fréquence: \_\_\_\_\_

3) Est-il somnambule \_\_ Oui \_\_ Non, Fréquence: \_\_\_\_\_

4) Mange-t-il normalement \_\_ Oui \_\_ Non

Si non, décrire: \_\_\_\_\_

5) Porte-t-il des prothèses particulières \_\_ Oui \_\_ Non

Si oui, décrire: \_\_\_\_\_

6) Y a-t-il des réserves pour certaines activités: \_\_ Oui \_\_ Non

Si oui, décrire: \_\_\_\_\_

7) Autres particularités médicales: \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DES PARENTS**

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur\_\_\_\_\_  
Signature des parents ou tuteur\_\_\_\_\_  
Date