



Fiche santé

Nom :		N° d'assurance maladie :	
Prénom :		Date d'expiration :	
Âge :	Date de naissance :		
Adresse :			
Ville :		Code postal :	Tél. :
Nom de la personne responsable de l'enfant :			
Dates du séjour ou de la journée :			

En cas d'absence qui devons-nous rejoindre?	
Nom :	Tél. :
Nom :	Tél. :

Cochez	Maladies /handicaps / problèmes particuliers	Précisions nécessaires
<input type="checkbox"/>	Diabète	
<input type="checkbox"/>	Épilepsie	
<input type="checkbox"/>	Asthme	
<input type="checkbox"/>	Handicap visuel	
<input type="checkbox"/>	Handicap auditif	
<input type="checkbox"/>	Somnambulisme	
<input type="checkbox"/>	Incontinence urinaire	
<input type="checkbox"/>	Malformation cardiaque	
<input type="checkbox"/>	Handicap intellectuel	
<input type="checkbox"/>	Handicap moteur	
<input type="checkbox"/>	Autres problèmes (précisez)	
<input type="checkbox"/>	Intervention chirurgicale (indiquez l'année)	
<input type="checkbox"/>	Prothèse / Orthèse / Appareil dentaire ou autre	

S.V.P. détaillez tout problème de santé dont votre enfant souffre :

Votre enfant a-t-il déjà eu :

La varicelle (picote) :	La rougeole :	La coqueluche :	Les oreillons :	La rubéole :
-------------------------	---------------	-----------------	-----------------	--------------

Allergie alimentaire	Intolérance alimentaire	Autres allergies	Type de réaction

> Si votre enfant a des allergies alimentaires, veuillez joindre une deuxième photo.

Médicaments

Votre enfant aura à prendre des médicaments prescrits par un médecin, précisez lesquels et la posologie :

Votre enfant a-t-il des allergies à certains médicaments?

Si oui, lesquelles :

Votre enfant aura son épipen avec lui au camp : Oui Non

Concernant les filles

A-t-elle déjà eu ses menstruations ? Oui Non

Si non, est-elle renseignée ? Oui Non

Si oui, y-a-t-il des considérations particulières ?

Accompagnateur

La situation de votre enfant nécessite-t-elle la présence d'un accompagnateur? **Oui** **Non**

Recommandations

Recommandations particulières quant à la santé de votre enfant :

Si la situation de votre enfant change d'ici l'arrivée au camp, veuillez nous en aviser. Merci.

Signature de la personne responsable de l'enfant:

Date:

Réservé au camp

Annexe au certificat de santé

1. J'autorise le personnel certifié (premiers soins) du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un médicament en vente libre.
Initiales : _____
2. J'autorise la direction du camp à confier l'enfant à un médecin de son choix s'il le juge nécessaire et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que mon enfant reçoive les soins nécessaires. Les frais de transport à l'hôpital, incluant un éventuel transport ambulancier, seront à ma charge.
Initiales : _____
3. J'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant les soins requis : examens, prélèvements, traitements ou toute autre intervention. Initiales : _____
4. J'autorise le personnel du camp à divulguer tous les renseignements de la fiche santé au responsable des soins de santé (médecin, infirmière ou secouriste) s'occupant de mon enfant. Initiales : _____

Signature : _____ Date : _____