



Colonie Sainte-Jeanne d'Arc

Fiche santé 2017



Campeuse		#	
Prénom :		Nom :	
Numéro d'assurance maladie :			
Expiration :		Date de naissance :	
Adresse :			
Date du séjour :			

Parents ou Tuteur	
La campeuse réside avec : <input type="checkbox"/> Père et Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil	
Premier répondant	Deuxième répondant
Nom :	Nom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :
Adresse :	Adresse :
Ville et Code postal :	Ville et Code postal :
Téléphone (rés) :	Téléphone (rés) :
Téléphone (cell) :	Téléphone (cell) :
Téléphone (bur) :	Téléphone (bur) :
Courriel :	Courriel :

Autre personnes à joindre en cas d'urgence	
Prénom :	Nom :
Lien de parenté :	
Téléphone :	
Prénom :	Nom :
Lien de parenté :	

Intolérance et allergie	
A-t-elle une ou des Allergies/Intolérances?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :	
Quels sont ses symptômes ? Niveau de sensibilité (ex : réagit à l'odeur de l'allergène)	
Quels sont les traitements requis?	
A-t-elle une dose d'adrénaline (EpiPen)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par le présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.	
Signature :	Date :

A-t-elle des problèmes de santé :		
<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Évanouissement	<input type="checkbox"/> Indigestion	<input type="checkbox"/> Trouble de coeur
<input type="checkbox"/> Somnambulisme	<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Maladie de peau
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Énurisie	<input type="checkbox"/> Encoprésie
A-t-elle déjà reçu un diagnostic pour :		
<input type="checkbox"/> Hyperactivité	<input type="checkbox"/> TED	<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle
<input type="checkbox"/> Autre, spécifiez :		

Prénom : _____ Nom : _____

Précision ou **autre problème de santé** (interventions chirurgicales, maladie chronique ou récurrentes, maladie contagieuse) :

A-t-elle des restrictions pour certaines activités? (course, vélo, nage)

Médicaments prescrits

Prend-elle des médicaments Oui Non

Nom du médicament :

Posologie et moment de prise :

Raison / Maladie :

Nom du médicament :

Posologie et moment de prise :

Raison / Maladie :

Nom du médicament :

Posologie et moment de prise :

Raison / Maladie :

Vaccination

Votre fille a-t-elle été vaccinée?

Tétanos

Date :

Méningite

Date :

Assurances médicaments :

Régime public d'assurance médicaments

Assurance privée

Nom de l'assurance :

de la police

Si vous n'avez pas d'assurance privée, il est obligatoire d'être enregistré au Régime public d'assurance médicaments

Consentement des parents

Si ma fille présente un problème de santé à caractère urgent et qu'aucune des personnes désignées ne peut être jointes, j'autorise la direction de la Colonie Sainte-Jeanne d'Arc à prendre les mesures nécessaires au bien-être de ma fille.

Signature :

Date :

J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant, en cas de besoin, un ou plusieurs des médicaments suivants :

Acétaminophène

Antihistaminique (Benadryl)

Anti-inflammatoire

Antibiotique en crème (polysporin)

Anti-émétique (Gravol)

Épinephrine (EPIPEN)

Je m'engage à informer la direction du camp de tout changement sur l'état de santé ou sur la médication de ma fille.

Je m'engage à vérifier la présence de poux et de lentes sur la tête de ma fille et d'appliquer un traitement si nécessaire avant la venue au camp.

Signature :

Date :

Colonie Sainte Jeanne d'Arc
10020, route Marie-Victorin
Contrecoeur (QC) J0L 1C0
Téléphone : 1 800 363-0098 ou 450 743-8265
Télécopieur : 450 743-8879
Courriel : info@csjd.qc.ca