



FICHE SANTÉ

ÉTÉ 2019



Identification de la campeuse

Prénom : _____ Nom : _____

Numéro d'assurance maladie : _____

Expiration : _____ Date de naissance : _____

Parent / Répondant : _____ Lien avec la campeuse : _____

Tél. Maison : _____ Tél. Bureau : _____ Cellulaire : _____

EN CAS D'URGENCE, SI NOUS NE POUVONS VOUS REJOINDRE, QUI DEVONS NOUS APPELER?

Prénom/Nom : _____ Lien avec la campeuse : _____

Tél. Maison : _____ Tél. Bureau : _____ Cellulaire : _____

Choix Alimentaire :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune particularité | <input type="checkbox"/> Végétarien |
| <input type="checkbox"/> Sans porc | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Intolérance et allergie

A-t-elle une ou des allergies / intolérances? Oui Non

Si oui précisez : _____

Quels sont les 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) Oui 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 cœur |
| <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Maladie de peau |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Énurésie | <input type="checkbox"/> Encoprésie |

A-t-elle déjà reçu un diagnostic pour :
 Déficience intellectuelle Hyperactivité TED
 Autre, précifiez : _____

Précision ou autre problème de santé (intervention chirurgicale, maladie chronique ou récurrente, maladie contagieuse) :

Prénom : _____ Nom : _____

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 : _____

Assurance 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 suivant :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène | <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Bénadryl) |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Anti-émétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Epinephrine (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 :** _____