



CAMP DU LAC EN CŒUR

FICHE MÉDICALE

***Attention* remplir et apporter le jour du camp NE PAS POSTER**

Identification personnelle du jeune

Nom: _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone: (_____) _____ Date de naissance : j/ _____ m/ _____ a/
No. ass. maladie : _____ Exp. : _____ Gr. Sanguin : _____

Identification des parents (tuteurs)

Nom du père: _____ **Prénom:** _____
Tél.: rés.: (_____) _____ Travail : (_____) _____ Cell. : (_____) _____
Nom de la mère: _____ **Prénom:** _____
Tél.: rés.: (_____) _____ Travail : (_____) _____ Cell. : (_____) _____

En cas d'urgence

Personne à contacter, en cas d'urgence, autre que les parents :

Nom: _____ Prénom: _____
Tél.: rés.: (_____) _____ Travail : (_____) _____ Cell. : (_____) _____
Lien avec l'enfant: _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert ...? (cochez les cases appropriées et spécifiez au besoin).

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Haute ou basse pression | <input type="checkbox"/> Somnambulisme |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Asthme – troubles respiratoires | <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles |
| <input type="checkbox"/> Intestins | <input type="checkbox"/> Maux de tête fréquents | <input type="checkbox"/> Maux de rein |
| <input type="checkbox"/> Amygdalite | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) | <input type="checkbox"/> Perte de conscience régulière |
| <input type="checkbox"/> Problèmes aux yeux autres que lunettes | | |
| <input type="checkbox"/> Troubles sanguins (hémophilie dyscrasie sanguine, saignement de nez) | | |

Remarque : _____

MÉDICAMENT(S)

A-t-il des médicaments à prendre durant son séjour au camp? OUI NON
Si oui, lesquels?

MÉDICAMENT(S)

POSOLOGIE

_____ Date : _____
_____ Date : _____
_____ Date : _____

⇒ Assurez-vous de fournir des médicaments non-périmés.

Médecin de famille:

Tél. :(_____)

Voir verso

Votre enfant fait-il des **ALLERGIES et/ou INTOLÉRANCES**? OUI NON

Mon enfant est allergique à : _____

Types de réactions : _____

Mon enfant a une intolérance à : _____

Votre enfant a-t-il en sa possession un EPIPEN en rapport à ses allergies? OUI NON
Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament :

Enfant lui-même Personnel autorisé par le camp

VACCINATION à jour : oui non

Précisez : _____

Y a-t-il des contre-indications au niveau des activités du camp? (gymnastique, marche, excursion, alimentation, autres)
Si oui, lesquelles? _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes ou lentilles cornéennes? oui non

Votre enfant sait-il nager? bien un peu pas du tout

Votre enfant souffre-t-il de problème de comportement ? oui non

Précisez : _____

Autorisation des parents

J'autorise le personnel du camp (préposé(e) aux premiers soins) de donner certains médicaments si la situation se présente (exemple : Bénadryl, acétaminophène, tyléno, sirop, etc.) au besoin et selon la posologie appropriée.

J'autorise la direction ou le/la responsable du camp du Lac en Cœur à prodiguer tous les soins nécessaires et à rendre toutes actions médicales d'urgence (ou autre en cas de maladie ou d'accident).

J'autorise également le transport de mon enfant par ambulance. Il va s'en dire que les frais de transport seront à ma charge.

J'accepte que le camp du Lac en Cœur utilise à des fins publicitaires, les photos ou vidéos qui seront pris de mon enfant lors de son séjour. Le matériel demeure la propriété du camp.

Je, _____, par la présente, inscris volontairement
(père, mère, tuteur, répondant)

mon enfant _____ à un séjour au **Camp du Lac en Cœur**
pour le séjour du _____ au _____ 20_____

Date: _____ Signature: _____

Le Lac en Cœur n'est pas responsable des objets perdus, brisés ou volés sur le terrain ou dans les établissements.