



FICHE SANTÉ

RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

Prénom de l'enfant:		Date de naissance:	
Nom de l'enfant:		Numéro d'assurance maladie:	
Adresse:			

EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre:		Personne à joindre:	
Lien avec l'enfant:		Lien avec l'enfant:	
Téléphone:		Téléphone:	

AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

Autorisé à quitter seul ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Personne autorisées à venir chercher l'enfant:		
1-	2-	
3-	4-	

CONDITIONS ET ALLERGIES

Asthme	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Epilepsie	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Diabète	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Animaux	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Migraines	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser:			Préciser:		
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies?				oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

A SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la municipalité de Bégin à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ?		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
si oui quelle condition :	Nom du médicament et posologie :		

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant a-t-il besoin d'une veste de flottaison pour nager ?	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

AUTORISATION DES PARENTS

J'autorise la municipalité à prendre des photos de mon enfant dans le cadre des activités du camp.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

J'autorise le Camp de jour de Bégin à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement de santé.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

SIGNATURE

Signature du parent du tuteur

Date