

CAMP DE JOUR 2017 - FICHE SANTÉ

1er enfant

Prénom _____ Nom _____ F G

Date de naissance 20__ / __ / __ # assurance-maladie _____ Date d'expiration 20__ / __

Spécifiez si médication (nom / dose / heure / raison / ...) _____

Spécifiez si allergie GRAVE _____

A-t-il une dose d'adrénaline ? non / oui Sait-il comment l'utiliser ? non / oui

All. légère Spécifiez : _____ Diabète Insuline Troubles cardiaques

Asthme Pompe Epilepsie Troubles visuels Lunettes Lentilles

Autre Spécifiez : _____ TDAH Médicament Troubles auditifs Appareil

Mon enfant doit nager en tout temps avec : Veste de flottaison / bouée Sait-il nager ? non / oui

A-t-il des difficultés relationnelles ou émotionnelles ? non / oui Peut-il fuguer ? non / oui

Souffre-t-il de phobie (peur) ? non / oui laquelle : _____ Souffre-t-il de vertige ? non / oui

2^e enfant

Prénom _____ Nom _____ F G

Date de naissance 20__ / __ / __ # assurance-maladie _____ Date d'expiration 20__ / __

Spécifiez si médication (nom / dose / heure / raison / ...) _____

Spécifiez si allergie GRAVE _____

A-t-il une dose d'adrénaline ? non / oui Sait-il comment l'utiliser ? non / oui

All. légère Spécifiez : _____ Diabète Insuline Troubles cardiaques

Asthme Pompe Epilepsie Troubles visuels Lunettes Lentilles

Autre Spécifiez : _____ TDAH Médicament Troubles auditifs Appareil

Mon enfant doit nager en tout temps avec : Veste de flottaison / bouée Sait-il nager ? non / oui

A-t-il des difficultés relationnelles ou émotionnelles ? non / oui Peut-il fuguer ? non / oui

Souffre-t-il de phobie (peur) ? non / oui laquelle : _____ Souffre-t-il de vertige ? non / oui

3^e enfant

Prénom _____ Nom _____ F G

Date de naissance 20__ / __ / __ # assurance-maladie _____ Date d'expiration 20__ / __

Spécifiez si médication (nom / dose / heure / raison / ...) _____

Spécifiez si allergie GRAVE _____

A-t-il une dose d'adrénaline ? non / oui Sait-il comment l'utiliser ? non / oui

All. légère Spécifiez : _____ Diabète Insuline Troubles cardiaques

Asthme Pompe Epilepsie Troubles visuels Lunettes Lentilles

Autre Spécifiez : _____ TDAH Médicament Troubles auditifs Appareil

Mon enfant doit nager en tout temps avec : Veste de flottaison / bouée Sait-il nager ? non / oui

A-t-il des difficultés relationnelles ou émotionnelles ? non / oui Peut-il fuguer ? non / oui

Souffre-t-il de phobie (peur) ? non / oui laquelle : _____ Souffre-t-il de vertige ? non / oui

Mère

Prénom _____ Nom _____ NAS (si relevé 24 requis) _____

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

Courriel _____ # cellulaire () - # bureau () -

Père

Prénom _____ Nom _____ NAS (si relevé 24 requis) _____

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

Courriel _____ # cellulaire () - # bureau () -

Autre personne à joindre en cas d'urgence

Prénom _____ # téléphone () - Lien _____