

# CAMP DE JOUR 2018 - 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 /  nouille 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<sup>e</sup> 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 /  ouille 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<sup>e</sup> 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 /  ouille 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 \_\_\_\_\_