

# FICHE MÉDICALE



## IDENTIFICATION DE L'ENFANT

|                     |                 |              |                                                       |
|---------------------|-----------------|--------------|-------------------------------------------------------|
| NOM :               |                 | PRÉNOM :     |                                                       |
| ÉCOLE :             |                 | ENSEIGNANT : |                                                       |
| DATE DE NAISSANCE : | ___ / ___ / ___ | SEXE :       | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| # ASS. MALADIE :    |                 | EXPIRATION : | ___ / ___                                             |

## CONTACTS D'URGENCE

|                  |  |          |  |
|------------------|--|----------|--|
| CONTACT 1 :      |  | LIEN :   |  |
| # DE TÉLÉPHONE : |  | # CELL : |  |
| CONTACT 2 :      |  | LIEN :   |  |
| # DE TÉLÉPHONE : |  | # CELL : |  |

## AUTRES INFORMATIONS

Votre enfant a-t-il des restrictions alimentaires comme des allergies alimentaires, des intolérances ou d'autres formes d'allergies?

☐ OUI ☐ NON SI OUI, LAQUELLE ? : \_\_\_\_\_

Cette allergie nécessite t-elle l'utilisation d'un auto-injecteur d'épinéphrine ? (EpiPen, Twinject,...)

☐ OUI ☐ NON SI OUI, A-T-IL UNE MÉDICATION ? ☐ OUI ☐ NON

Votre enfant souffre t-il :

☐ D'ASTHME ?

☐ DE DIABÈTE ?

☐ D'AUTRE TROUBLE MÉDICAL ? SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

☐ D'UN TROUBLE PSYCHOLOGIQUE ? SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

Y a-t-il d'autres informations pertinentes au sujet de votre enfant ? (TDAH ? Autisme ? Troubles anxieux, etc...)

☐ OUI ☐ NON SI OUI, LAQUELLE ? \_\_\_\_\_

**\*\*IL Y A D'AUTRES INFORMATIONS À REMPLIR À L'ENDOS DE CETTE FEUILLE\*\***

## MÉDICATION

Votre enfant a-t-il une ou des médication(s) à prendre lors de son séjour ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui :

|              |  |                        |  |
|--------------|--|------------------------|--|
| MÉDICAMENT : |  |                        |  |
| DOSAGE :     |  | MOMENT DE LA JOURNÉE : |  |

|              |  |                        |  |
|--------------|--|------------------------|--|
| MÉDICAMENT : |  |                        |  |
| DOSAGE :     |  | MOMENT DE LA JOURNÉE : |  |

|              |  |                        |  |
|--------------|--|------------------------|--|
| MÉDICAMENT : |  |                        |  |
| DOSAGE :     |  | MOMENT DE LA JOURNÉE : |  |

## AUTORISATION

J'autorise le personnel du camp Portneuf à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments en vente libre et à lui prodiguer les premiers soins. Je les autorise aussi à transporter mon enfant par ambulance et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le personnel médical à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.

SIGNATURE DU PARENT : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_