



FICHE D'INFORMATION MÉDICALE

Nom : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
Téléphone : _____ Âge : _____
Date de naissance : _____
Nom du parent/tuteur : _____ Prénom : _____
Téléphone (rés.) : _____ (bur.) : _____
Téléphone urgence : _____ Cellulaire : _____
Autre personne à contacter en cas d'urgence (**autre que les parents**)
Nom : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphone _____

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'un des problèmes suivants :

Problèmes neurologiques

Convulsions

Oui

Non

Maux de tête

Perte de conscience

Fréquence : _____

Autres : _____

Problèmes cardiaques

Oui

Non

Détails : _____

Problèmes respiratoires

Souffre-t-il d'asthme?

Oui

Non

Autres (spécifiez) : _____

A-t-il un handicap susceptible de restreindre ses activités?

Si oui, lequel? _____

Souffre-t-il d'allergies?

Aux médicaments, lesquels : _____

Aux aliments, lesquels : _____

Autres allergies : _____

A-t-il besoin d'une diète spéciale?

Si oui, laquelle : _____

Oui **Non**

A-t-il subi des opérations dans les 5 dernières années?

Si oui, lesquelles? _____ Date : _____

_____ Date : _____

_____ Date : _____

Votre enfant a-t-il besoin d'une veste de flottaison lors de la baignade?

Médicaments

Doit-il prendre des médicaments?

Si oui, lesquels? **Complétez le tableau :**

Nom du médicament	Dose	Intervalle entre les doses	Problème de santé relié au médicament	Période Du au

Si oui, prend-il ses médicaments lui-même?

Si non, nous autorisez-vous à les lui administrer?

J'autorise, le cas échéant les personnes responsable du programme, à poser les gestes nécessaires afin que soient dispensés tous les soins nécessaires par les autorités médicales compétentes. J'autorise les responsables à transporter mon enfant, le cas échéant, par ambulance ou autrement vers un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Prénom et nom de l'enfant _____

Prénom et nom du parent ou du tuteur (lettres moulées) _____

Signature du parent ou du tuteur

Date

S.V.P. remplir et nous retourner avec le formulaire d'inscription

