



## FICHE SANTÉ POUR LE PARTICIPANT

### À RETOURNER LORS DE LA PREMIÈRE JOURNÉE DE CAMP

#### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : F M

# Assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Mère  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Domicile : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Père  
Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Domicile : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cellulaire : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Pour relevé 24  
Père  Mère  Numéro assurance social : \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

#### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel 1: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel 2 : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### ALLERGIES/TROUBLES MÉDICAUX

Votre enfant souffre-t-il d'allergie, d'asthme, d'épilepsie, de diabète ou autre  OUI  NON  
Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EPIPEN) ?  OUI  NON  
Si oui, qui est autorisé à conserver ce médicament ?  Enfant lui-même  Moniteur  Superviseur

#### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRENALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer en cas de besoin la dose d'adrénaline de mon enfant.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

#### MÉDICAMENTS

Votre enfant doit-il prendre des médicaments durant le jour ?  OUI  NON  
Prend-il ses médicaments seuls ?  OUI  NON

Nom des médicaments : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Nom des médicaments : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

#### CONSENTEMENT PHOTO/MATÉRIEL PUBLICITAIRE

J'autorise le Centre du golf UFO à utiliser des photos prises lors d'activités dans lesquelles apparaît mon enfant, et cela gratuitement, sans aucun cachet. Les photos prises seront utilisées uniquement par le Centre du golf UFO, dans le but de promouvoir les activités du camp de jour.  OUI  NON

#### AUTORISATION DE TRAITEMENT

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les premiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des infections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_