

### INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

Problème	Cochez	Suivi médical (Précisez le nom du médecin)	Médication (Précisez)
Vision			
Audition			
Langage			
Dentition			
Asthme			
Diabète			
Cardiaque			
Hémophilie			
Psychosocial			
Autre(s) (Problème neurologique, digestif, handicap physique)			

### ALLERGIES

Type d'allergie	Cochez	Précisez	Type de réaction
Noix			
Oeufs			
Piqûres d'insecte			
Antibiotique			
Autres			

### Traitements et Médication

	Cochez	Précisez
Usage de l'auto-injecteur Epipen		
Usage de la cortisone		
Autres		

### AUTORISATION

En cas de SITUATION DE MALAISE, j'autorise le personnel du camp à dispenser les premiers soins à mon enfant.

En CAS D'URGENCE, j'autorise l'infirmière et le médecin à s'assurer que mon enfant reçoive les soins d'urgence requis, s'il est impossible de rejoindre les parents.

Les frais de TRANSPORT AMBULANCIER, en cas d'urgence, sont à la charge des parents.

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_



Club Aquatique Rivière-des-Prairies  
CAMP SPORTIF

Photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS  
ÉTÉ 2011

ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de Naissance : jour : \_\_\_\_\_ mois : \_\_\_\_\_ année : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_  
# Assurance-Maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_  
Grandeur de chandail : PE (6-8) \_\_\_ ME (10-12) \_\_\_ LE (14-16) \_\_\_ PA \_\_\_ MA \_\_\_ cochez quand remis   
Celui de l'été dernier lui fait encore, cochez ici

MÈRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_ Cell : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_ Cell : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

Informations Générales

Frère ou sœur présent au camp (écrire nom(s)): \_\_\_\_\_  
Votre enfant est-il au service de garde? AM \_\_\_\_\_ PM \_\_\_\_\_  
Si oui : j'autorise mon enfant à quitter seul le service de garde? Oui \_\_\_ (heure : \_\_\_\_\_) Non \_\_\_  
Sinon : j'autorise mon enfant à quitter seul après la journée du camp à 15h30? Oui \_\_\_ Non \_\_\_  
Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Votre enfant sait-il nager ? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
RELEVÉ 24 : Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse complète : \_\_\_\_\_  
No. Assurance sociale : \_\_\_\_\_

À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si nous ne pouvons rejoindre les parents)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_