



## FICHE SANTÉ

Numéro d'inscription : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant

Poids Taille

No Assurance maladie

Expiration (AA/MM)

Date de naissance (JJ/MM/AA)

Nom du parent responsable de l'inscription

Téléphone (maison)

**PHOTO  
obligatoire**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

**Votre enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu les maladies suivantes :**

Asthme       Diabète       Épilepsie       Autre : \_\_\_\_\_

Informations importantes concernant les maladies cochées : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

**Votre enfant a-t-il des restrictions**

**pour certaines activités? :**       Oui       Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant présente-t-il des comportements émotionnels**

**particuliers?**       Oui       Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour :

Hyperactivité \*       TDAH \*

Déficit d'attention \*       TED \*

\*Le programme camp de jour de MONT RIGAUD n'a pas les ressources nécessaires pour prendre en charge des enfants atteints de troubles ou de particularités autres que légers.

## ALLERGIES

**Votre enfant souffre-t-il d'allergies?**

Piqûres d'insectes\*       Oui       Non

Médicaments\*       Oui       Non

Allergies alimentaires\*       Oui       Non

Intolérances alimentaires\*       Oui       Non

\*Précisez l'allergie et les détails de celle-ci  
(sévérité, symptômes et toutes informations pertinentes)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) à sa disposition?**       Oui       Non

## MÉDICAMENTS

**Votre enfant doit-il prendre des médicaments?**       Oui       Non

Si oui, veuillez remplir le formulaire d'autorisation pour administrer un médicament.

## AUTORISATION PARENTALE

- Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche santé de mon enfant sont exacts et j'autorise le personnel du camp de jour de MONT RIGAUD à donner les soins médicaux appropriés et à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un professionnel de la santé.
- Dans l'impossibilité de nous joindre, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (interventions chirurgicales, transfusions, anesthésies, injections ou hospitalisation).
- Je m'engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant (incluant le transport d'urgence).

**Signature du parent/tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_