

COLONIE DES GRÈVES
DE CONTRECOEUR

Fiche médicale

Programme Camp familial

Renseignements Généraux

Nom:	Prénom:		
Sexe:	Âge:	Taille:	Poids:
No. d'assurance maladie:		Date d'expiration:	
Nom:	Prénom:		
Sexe:	Âge:	Taille:	Poids:
No. d'assurance maladie:		Date d'expiration:	
Nom:	Prénom:		
Sexe:	Âge:	Taille:	Poids:
No. d'assurance maladie:		Date d'expiration:	
Nom:	Prénom:		
Sexe:	Âge:	Taille:	Poids:
No. d'assurance maladie:		Date d'expiration:	

Adresse: _____

Téléphone: (maison) _____

État de santé

Un membre de votre famille souffre-t-il de :

	OUI	NON	Nom de la personne
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Somnambule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maladie de peau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mouille son lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Autre (spécifiez):



Fiche médicale

Programme Camp familial

Allergies

Un membre de votre famille souffre-t-il d'allergie?

Oui ☐

Non ☐

Si oui, précisez:

Nom _____ Allergie _____ Symptômes _____

Nom _____ Allergie _____ Symptômes _____

Nom _____ Allergie _____ Symptômes _____

Un membre de votre famille a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies?

Oui ☐

Non ☐

Nom: _____

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

☐ personne elle-même

☐ Personnel du camp

☐ Membre de la famille

Posologie: _____

A SIGNER SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées ci-haut à administrer selon le besoin en cas d'urgence la dose d'adrénaline _____ à

Signature du responsable: _____

Un membre de votre famille a-t-il déjà été hospitalisé:

Oui ☐

Non ☐

Si oui, veuillez en indiquer la raison: _____

Autres informations pertinentes:

Signé à: _____ Date: _____

Signature: _____