



Date du camp

Nom (enfant)		Adresse		
Prénom (enfant)				
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Ville	
Âge		Province, Pays		
Date de naissance		Code postal		
No d'assurance-maladie + Date d'expiration				

Nom (père)		Tél. maison	
Prénom (père)		Tél. travail	
Nom (mère)		Cellulaire	
Prénom (mère)		Courriel	

Nom de deux membres de la famille que nous pouvons contacter en cas d'impossibilité de rejoindre les parents			
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Tél. maison		Tél. maison	
Tél. travail		Tél. travail	

Mon enfant souffre de :	J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant, en cas de besoin, un ou plusieurs des médicaments de cette liste :
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.)
<input type="checkbox"/> V.I.H.	<input type="checkbox"/> Anti-histaminique (Bénadryl, Claritin, Allegra, Reactine)
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Ibuprofène - Advil, Motrin)
<input type="checkbox"/> Trouble de la vue	<input type="checkbox"/> Antibiotique (Polysporin, Néosporin, Baciguent)
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Anti-émétique (Gravol)
<input type="checkbox"/> Sensibilité de la peau	<input type="checkbox"/> Sirop contre la toux
<input type="checkbox"/> Incontinence	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Allergies	_____
Allergies, précisez :	
Médicaments, précisez :	
Autres recommandations et commentaires :	

IMPORTANT

En signant cette fiche, je permets au médecin, à l'infirmière et aux responsables du camp à donner les premiers soins. Si le camp ne peut rejoindre un membre de la famille, j'autorise, s'il y a lieu, une intervention chirurgicale d'urgence. Je m'engage à fournir toutes nouvelles informations médicales concernant mon enfant avant la date prévue de son camp.

Signature		Date	
-----------	--	------	--