



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 (Ibuprohène - 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	
-----------	--	------	--

