



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	

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

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

**IMPORTANT**

En signant cette fiche, je permets au médecin, à l'infirmière et aux responsables de l'Istorlet 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.

<b>Signature</b>		<b>Date</b>	
------------------	--	-------------	--