



Camp de jour Été 2010



Fiche santé

Municipalité des Cèdres

Nom: _____

Prénom: _____

Niveau scolaire: _____

Numéro d'assurance maladie: _____

Expiration: _____

Espace photo

Santé

Asthme

Hémophile

Allergie alimentaire

Diabète Autres

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir: _____

- En cas d'allergie, autorisez vous le personnel qualifié en 1er soins de la Base de Plein des Cèdres à administrer l'Épipen à votre enfant ? Oui Non **Signature:** _____

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le camp ? Oui Non

Spécifier: _____

Si oui, joindre une copie de l'ordonnance des médicaments si la prise du traitement est nécessaire durant les heures de camps.

Autres

Votre enfant souffre-t-il d'un trouble de comportement ? Oui Non

Si oui, spécifier: _____

Votre enfant a-t-il des caractéristiques particulières que nous devrions connaître ? Oui Non

Si oui, spécifier: _____

Votre enfant doit-il porter un vêtement de flottaison individuel à la piscine (veste sauvetage) ? Oui Non

Signature du parent responsable: _____ **Date:** _____