



CAMP DE DANSE

FICHE DU CAMPEUR

• RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE PARTICIPANT •

NOM COMPLET:

DATE DE NAISSANCE :

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE :

EXPIRATION : /

ADRESSE COMPLÈTE :

• COORDONNÉES DES PARENTS •

NOM DU PARENT 1 :

CELLULAIRE :

TEL. (AUTRE) :

COURRIEL DU PARENT 1 :

NOM DU PARENT 2 :

CELLULAIRE :

TEL. (AUTRE) :

COURRIEL DU PARENT 2 :

NOM DU PAYEUR - POUR LE RELEVÉ 24 (IMPÔT QUÉBEC) :

NAS :

• CONTACTS EN CAS D'URGENCE (autres que les parents) •

NOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

TÉL. :

NOM :

LIEN AVEC L'ENFANT :

TÉL. :

• INFORMATIONS MÉDICALES •

NOM DU MÉDECIN TRAITANT :

CLINIQUE :

TÉL. :

LE PARTICIPANT SOUFFRE-T-IL DE :

ASTHME : OUI NON

ÉPILEPSIE : OUI NON

DIABÈTE : OUI NON

HERNIES : OUI NON

AUTRES - PRÉCISEZ :

ALLERGIES :

FIÈVRE DES FOINS : OUI NON

ALIMENTAIRES : OUI NON

ANIMAUX : OUI (précisez) : NON

PÉNICILLINE : OUI (précisez) : NON

AUTRES - PRÉCISEZ :

DATE DU DERNIER VACCIN ANTITÉTANIQUE :

LE PARTICIPANT PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS ? OUI NON

Si oui, svp indiquer le nom du médicament et la posologie.

NOM DU MÉDICAMENT :

POSOLOGIE :

NOM DU MÉDICAMENT :

POSOLOGIE :



CAMP DE DANSE

FICHE DU CAMPEUR

• INFORMATIONS MÉDICALES (SUITE) •

LE PARTICIPANT A-T-IL UNE DOSE D'ADRÉNALINE (EPIPEN, ANA-KIT) EN SA POSSESSION ? OUI NON

SI OUI, QUI EST AUTORISÉ À ADMINISTRER CE MÉDICAMENT ?
ENFANT LUI-MÊME MEMBRE DU PERSONNEL

À QUEL MOMENT LUI ADMINISTRER ? (ROUGEUR, PLAQUE, BOUTONS, ÉTOUFFEMENT...): _____

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer, selon le besoin et en cas d'urgence, la dose d'adrénaline suivante à mon enfant. (SVP JOINDRE UNE PHOTO DE L'ENFANT AVEC L'ÉPIPEN)

POSOLOGIE : ENFANT 0.15 MG ADULTES 0.30 MG

Nom en lettres moulées

Signature

Date

L'ENFANT PRÉSENTE-T-IL UNE DES PARTICULARITÉS SUIVANTES :

SAIGNEMENT DE NEZ

TROUBLE ALIMENTAIRE / PRÉCISEZ

PROBLÈME DE COMPORTEMENT / PRÉCISEZ

MALADIE CHRONIQUE OU RÉCURRENTÉ / PRÉCISEZ

BLESSURE GRAVE / PRÉCISEZ

INTERVENTION CHIRURGICALE / PRÉCISEZ

MALADIE CONTAGIEUSE / PRÉCISEZ

PROBLÈME DE MOTRICITÉ / PRÉCISEZ

AUTRES / PRÉCISEZ

• AUTORISATION MÉDICALE •

ATTENTION : Le parent ou le tuteur a la responsabilité de transmettre à la Direction de Louise Lapierre Danse toute nouvelle information médicale.

En signant, j'autorise la direction de **Louise Lapierre Danse** à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires au participant. J'autorise également la direction à transporter le participant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé, si la direction le juge nécessaire. De plus, s'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer au participant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Nom en lettres moulées

Signature

Date