



CAMP DE DANSE

FICHE DU CAMPEUR

• RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE PARTICIPANT

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : _____ EXPIRATION : _____

• COORDONNÉES DES PARENTS

NOM DU PARENT 1 : _____ CELLULAIRE : _____ AUTRE : _____

COURRIEL DU PARENT 1 :

NOM DU PARENT 2 : _____ CELLULAIRE : _____ AUTRE : _____

POUR LE RELEVÉ 24 (IMPÔT QUÉBEC)

NOM DU PAYEUR : _____ NAS : _____

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

NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____ TÉL. : _____

NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____ TÉL. : _____

• AUTORISATION DE DÉPART (personne autorisée autre que les parents)

NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____ TÉL. : _____

NOM : _____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____ TÉL. : _____

J'AUTORISE MON ENFANT À QUITTER SEUL À LA FIN DE SA JOURNÉE DE CAMP : OUI NON

• 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 : _____



CAMP DE DANSE

FICHE DU CAMPEUR

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 : _____

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 RÉCURRENTTE / 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 (obligatoire)

_____/_____/_____
Date