



Nom du groupe : _____ **Dates du séjour :** _____

Nom de l'élève : _____ **N° Ass. maladie :** _____ **Exp. :** _____

Noms des parents ou tuteurs :

1) _____ tél. maison : _____ Travail : _____

2) _____ tél. maison : _____ Travail : _____

Référence en cas d'urgence (autre que les parents)

1) _____ tél. :maison : _____ Travail : _____

Lien de parenté : _____

1. Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement ? **Oui** **Non**

Si oui, précisez le nom du médicament et la posologie : _____

2. État de santé général de votre enfant : Précisez s.v.p.; _____

Cœur _____ Poumons _____ Reins _____ Yeux _____

Nez _____ Gorge _____ Bouche _____ Dents _____

Colonne _____ Peau _____ Oreilles _____ Autres _____

3. Votre enfant souffre-t-il d'allergies? **Oui** **Non**

Si oui, précisez (fréquence, Gravité) _____

A-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies? **Oui** **Non**

4. Votre enfant souffre-t-il de maladies chroniques ou récurrentes? **Oui** **Non**

Asthme Épilepsie Diabète Otite ou Amygdalite à répétition Autres _____

Précisez (fréquence des crises, gravité) _____

5. Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos? **Oui** **Non** Si oui, en quelle année _____

6. Votre enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole? **Oui** **Non** Si oui, en quelle année _____

7. Autres particularités à nous signaler sur le plan médical (chirurgie, blessures graves etc.)

8. Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités, doit-il porter des prothèses particulières ?

Oui **Non** Si oui, précisez _____

9. Particularités sur le caractère ou le comportement de votre enfant (hyperactivité, ennui, phobie, etc.)

Je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale de mon enfant sont exacts et j'autorise la direction à donner à mon enfant les soins médicaux appropriés (médicaments et traitements mineurs) et, en cas d'urgence, à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin. Je m'engage par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.

Signature _____ **Date** _____