

FICHE MÉDICALE

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 _____