

Renseignements sur l'enfant

Nom _____ Prénom _____ Âge _____

Nom du parent : _____

Téléphone : (_____) _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) _____/_____/_____ Année scolaire _____

Sexe (encercler) M ou F

Numéro d'assurance maladie _____ Exp. _____

Fiche santé

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? Précisez.

Allergies alimentaires _____

Allergies aux médicaments _____

Autres _____

Mon enfant prendra des médicaments de façon quotidienne durant le camp de jour : Oui ____ Non ____

Quel médicament ? : _____

À quelle heure le médicament doit-il être administré : _____

J'autorise les responsables du camp de jour à lui administrer son médicament tel que précisé par les parents.

Signature du parent ou d'un tuteur : _____ Date : _____

J'autorise les responsables du camp de jour à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Signature du parent ou d'un tuteur : _____ Date : _____

Important aucun médicament ne sera administré par les animateurs, sans prescription

Commentaires : _____
