



## Fiche santé

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

### Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies ?  Oui  Non

Précisez lesquelles et quelles sont les réactions observées : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il en sa possession une dose d'épinéphrine (Épipen, Ana-kit) ?  Oui  Non

Posologie : \_\_\_\_\_

Personne autorisée à conserver et à administrer ce médicament en cas de besoin ?  Enfant lui-même  Adulte responsable

*Si votre enfant a à sa disposition du Bénédril et/ou une dose d'épinéphrine (Épipen, Ana-kit), veuillez vous assurer que la date de péremption n'est pas dépassée et nous remettre le médicament et le formulaire d'autorisation signé le 1<sup>er</sup> matin du camp.*

### Restriction alimentaire

Votre enfant a-t-il une intolérance ou une restriction alimentaire ?  Oui  Non

Précisez : \_\_\_\_\_

### Prise de médicaments

Pour toute prise de médicaments, prenez note que **vous devrez vous-même fournir ces médicaments et signer un formulaire d'autorisation à remettre avant le début du camp** au responsable de votre enfant. En aucun cas, l'enfant est autorisé à garder sur lui ses médicaments. Sauf exception de l'épinéphrine.

J'ai pris connaissance des directives sur la prise de médicament au camp de Biodôme.

Signature d'un parent ou tuteur légal : \_\_\_\_\_

### Autorisation parental

Étant donné que les enfants du camp peuvent être en contact avec des produits ou animaux qui sortent de l'ordinaire, j'autorise les personnes désignées par le camp à donner selon le besoin, **en cas d'urgence**, une dose de Benadryl ou d'épinéphrine à mon enfant ?

Oui  Non

Signature d'un parent ou tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge essentiel, je l'autorise également, à mes frais, à faire transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Nom et prénom du parent ou tuteur légal : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Vaccination

Votre enfant a-t-il suivi le programme de vaccination du Ministère de la santé en entier ?  Oui  Non

Date du dernier vaccin DCT (tétanos) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Autres particularités médicales

Votre enfant souffre-t-il de problèmes de santé (asthme, hernie, épilepsie, diabète, etc.) ?  Oui  Non

Votre enfant a-t-il subi une chirurgie ou une blessure grave au cours de la dernière année ?  Oui  Non

A-t-il une maladie chronique ?  Oui  Non

Si un ou plusieurs oui, précisez. \_\_\_\_\_

Y a-t-il des réserves pour certaines activités : exercice physique intense, manipulation d'organismes (ex: poissons, crustacés), etc. ?

Si oui, précisez. \_\_\_\_\_

Mouille-t-il son lit, est-il somnambule, porte-t-il des lunettes, des verres de contacts, des prothèses ou des orthèses, porte-t-il des bouchons dans l'eau ? Précisez. \_\_\_\_\_

Dans le but de faire des interventions adéquates auprès de votre enfant, SVP mentionnez s'il souffre d'un trouble particulier comme **TDA, TDAH, hyperactivité, TED, etc.** ? Précisez \_\_\_\_\_

Prend-t-il des médicaments reliés à son trouble pendant l'été ?  Oui  Non

### Autonomie dans l'eau

*En sachant que les activités de baignade se font toujours sous la surveillance d'un sauveteur certifié :*

Votre enfant a-t-il besoin d'une veste de flottaison individuelle (VFI) pour nager en eau peu profonde ?  Oui  Non

Peut-il aller nager en eau profonde ?  Oui... sans VFI  Oui... avec VFI  Non

Acceptez-vous que votre enfant saute d'un tremplin en eau profonde (VFI interdit sur le tremplin) ?  Oui  Non

Note : \_\_\_\_\_