



Placez une photocopie  
de la carte d'assurance-  
maladie ici

## FICHE DE SANTÉ

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT :

NOM: \_\_\_\_\_ PRÉNOM: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure avec:    père et mère            mère            père  
( svp, encerclez la réponse appropriée)

Adresse du domicile: \_\_\_\_\_

Numéro            rue            app.            Ville            Code postal

\_\_\_\_\_ (no. de téléphone au domicile)

# D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_ DATE D'EXP : \_\_\_\_\_

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (no. de téléphone au domicile)

\_\_\_\_\_ (no. de téléphone au travail)

\_\_\_\_\_ (no. de cellulaire)

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (no. de téléphone au domicile)

\_\_\_\_\_ (no. de téléphone au travail)

\_\_\_\_\_ (no. de cellulaire)

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

\_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (no. de téléphone au domicile)

\_\_\_\_\_ (no. de téléphone au travail)

\_\_\_\_\_ (no. de cellulaire)



**VOTRE ENFANT PEUT-IL PARTICIPER À TOUTES LES ACTIVITÉS?**    Oui    Non

S'il y a des restrictions, précisez: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VOTRE ENFANT PREND-T-IL DES MÉDICAMENTS SUR UNE BASE RÉGULIÈRE?**

Oui

Non

Si oui, précisez nom du médicament et dose : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quels sont les médicaments que vous nous autoriser à donner à votre enfant en cas de fièvre, maux de tête, etc...** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Y a-t-il quelque chose de particulier concernant la santé de votre enfant que nous devrions savoir :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AVEC QUI AUTORISEZ-VOUS VOTRE ENFANT À QUITTER APRÈS LES RÉUNIONS:  
(Obligatoire à remplir pour les castors et louveteaux,)**

\_\_\_\_\_

Nom

prénom

lien de parenté

Les autres parents du co-voiturage

**AUTORISATION SUPPLÉMENTAIRE POUR CAMPS ET SORTIES**

J'autorise mon enfant à participer au **camp et à toutes les activités prévues.**

J'autorise les animateurs à prendre toutes les mesures qui seront jugées nécessaires pour consulter un médecin, recourir à ses soins pour la santé de mon enfant et le transport à l'hôpital par ambulance s'il y a urgence.

Il est laissé à la discrétion des animateurs de prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité de mon enfant.

Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**MISE À JOUR ANNUELLE**

Les renseignements de cette fiche médicale sont valides pour :

l'année \_\_\_\_\_ Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

l'année \_\_\_\_\_ Signature du parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_