



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

Nom

prénom

lien de parenté

Nom

prénom

lien de parenté

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: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____