

**CAMP RICHELIEU VIVE LA JOIE**

TÉLÉPHONE : (418) 862-5919 OU SANS FRAIS : 1-877-862-5919

TÉLÉCOPIEUR : (418) 862-3238

SITE INTERNET : WWW.CAMPVIVELAJOIE.COM

COURRIEL : INFO@CAMPVIVELAJOIE.COM

**** FICHE MÉDICALE 2010 ****

Nous retourner la fiche dûment remplie au : C.P. 606, Rivière-du-Loup (Québec) G5R 3Z3

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (ENFANT)

Nom : _____ Prénom : _____ Séjour : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

Tél. Résidence : () _____ Travail : () _____ Autre : () _____

Sexe : M F Date de naissance : _J_ / _M_ / _A_ # Carte Ass. Maladie : _____ Exp : _____**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX****INTERVENTION CHIRURGICALE :** Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? OUI ____ NON ____

Spécifiez : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :**A-t-il (elle) déjà eu?**

	OUI	NON	DATE :
Otites	___	___	_____
Oreillons	___	___	_____
Varicelle	___	___	_____
Rougeole	___	___	_____
Scarlatine	___	___	_____
Grippe A(H1N1)	___	___	_____
Autres :	_____		

Souffre-t-il (elle) de?

	OUI	NON	DEPUIS :
Asthme	___	___	_____
Hernies	___	___	_____
Épilepsie	___	___	_____
Diabète	___	___	_____
Autres :	_____		

VACCINATION

	OUI	NON	DATE :
Rougeole	___	___	_____
Rubéole	___	___	_____
Polio	___	___	_____
Oreillons	___	___	_____
DCT	___	___	_____
Grippe A(H1N1)	___	___	_____
Autres :	_____		

ALLERGIES

	OUI	NON	SPÉCIFIEZ :
Saisonnier	___	___	_____
Alimentaire	___	___	_____
Noix	___	___	_____
Piqûres insectes	___	___	_____
Animaux	___	___	_____
Médicaments	___	___	_____
Autres :	_____		

Votre enfant a-t-il en sa possession sa dose d'adrénaline (Épipen) en fonction de ses allergies? OUI ____ NON ____

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments? OUI ____ NON ____

Si oui, **vous devez nous les remettre à l'entrée au camp**, pour que le responsable aux premiers soins puisse l'entrer dans le registre de médicaments afin de bien les administrer à l'enfant. Précisez le nom, la dose et le moment de la journée :

AUTRES INFORMATIONS

Présente-t-il (elle) des problèmes de comportement? OUI ___ NON ___ Si oui, précisez : _____

Mouille-t-il (elle) son lit? OUI ___ NON ___ Fréquence : _____

Est-il (elle) somnambule? OUI ___ NON ___ Fréquence : _____

Y a-t-il (elle) des réserves pour certaines activités? OUI ___ NON ___ Précisez : _____

Pour les filles, a-t-elle eu ses premières menstruations? OUI ___ NON ___ Si non, est-elle renseignée? OUI ___ NON ___

Autres particularités que nous devrions savoir : _____

N.B : Si l'état de santé de votre enfant change entre son entrée au camp et son état actuel, écrit sur cette fiche médicale, vous êtes dans l'obligation de nous en avertir à son arrivée pour que les ajustements soient faits.

AUTORISATION PARENTALE - PRISE DE MÉDICAMENT

Par la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à 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. Advenant le cas d'achat de prescriptions, celles-ci sont aux frais des parents. J'autorise également les personnes désignées par le camp à administrer (s'il y a lieu) selon le besoin et en cas d'urgence la dose d'adrénaline prévue par sa prescription à mon enfant. J'autorise également les personnes désignées par le camp à administrer des médicaments de marques connus tels que : **Acétaminophène (Tyléol)**, **Ibuprofène (Advil)**, **Antihistaminique (Benadryl)**, **Antiémétique (Gravol)**, **Calamine**, **Bismuth (Pepto bismol)**, **Antibiotique en crème (Polysporin)**, selon les soins requis par son état.

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRES QUE LES PARENTS)

1- Nom et prénom : _____ Tél. : () _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant : _____

2- Nom et prénom : _____ Tél. : () _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant : _____

RELEVÉ 24 (PARENT OU TUTEUR AUQUEL LE RELEVÉ AUX FINS D'IMPÔT DOIT ÊTRE ÉMIS)

Nom : _____ Prénom : _____ # Ass. sociale (parent) : _____
(Parent ou Tuteur)

Adresse : _____ Code postal : _____

Nom de l'enfant : _____ Date du séjour : _____

AUTORISATION PARENTALE - PHOTO / PUBLICITÉ

J'autorise le Camp Richelieu Vive La Joie et l'Association des Camps du Québec à prendre des photos et/ou des vidéos de mon enfant dans la pratique d'activités du camp, dans la durée de son séjour. Je les autorise à utiliser ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires, tels brochures, revues, journaux, télévision, etc. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp Richelieu Vive La Joie. OUI NON

SIGNATURE

Je soussigné (e), reconnais avoir pris connaissance des conditions d'admission et des conditions de remboursement du camp, et je m'engage à les respecter.

En foi de quoi, j'ai signé le _____
Date

Signature du parent ou tuteur

Signature enfant de plus de 14 ans