



## Fiche santé

*Un formulaire par participant*

Prénom et nom du participant : \_\_\_\_\_

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_ Âge de l'enfant : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

### Allergie(s)

Votre enfant a-t-il une/des allergie(s) ?  **Oui**  **Non**

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il en sa possession un médicament pour son/ses allergie(s) ?  **Oui**  **Non**

Si oui, veuillez préciser (nom et posologie) : \_\_\_\_\_

### Médicament(s)

Votre enfant prend-il un/des médicament(s) durant les heures du camp ?  **Oui**  **Non**

Si oui, veuillez préciser (nom et posologie) : \_\_\_\_\_

Qui doit administrer le médicament :  **Enfant lui-même**  **Intervenant du camp**

Votre enfant aura-t-il en sa possession d'autre(s) médicament(s) ?  **Oui**  **Non**

Si oui, veuillez préciser (nom et posologie) : \_\_\_\_\_

Qui doit administrer le médicament :  **Enfant lui-même**  **Intervenant du camp**

## **Comportement(s)**

Votre enfant a-t-il un diagnostic, une problématique, une maladie ou un handicap ?  **Oui**  **Non**

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il besoin de soins ou services particuliers lors du camp de jour ?  **Oui**  **Non**

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

## **Autres informations pertinentes**

---

---

---

Je m'engage à fournir toutes autres informations pertinentes concernant l'état de santé psychologique et physique de mon enfant aux membres de l'équipe du camp de jour - Estime de soi.

Je m'engage à aviser le plus rapidement possible les membres de l'équipe du camp de jour - Estime de soi de tout changement concernant les informations inscrites sur cette fiche.

Prénom et nom du parent : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date