

FICHE SANTÉ

Nom _____ Prénom _____

Nom de fille de la mère _____

Adresse _____

No assurance - maladie _____ date d'expiration _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

ALLERGIES

vaccinations terminés	oui	non	Eczéma	oui	non	produits chimiques	oui	non
menstruations : douleurs	oui	non	urticaire	oui	non	nourriture	oui	non
Ritalin	oui	non	asthme	oui	non	autres spécifiez		
médicaments	oui	non	fièvre des foins	oui	non	_____		
si oui,			aspirine	oui	non			
lesquels _____			pénicilline	oui	non	_____		

Souffre-t-il (elle) d'autres maladies ? Oui non
Si oui,
spécifiez _____

Suit-il (elle) un régime spécial ? Oui non
Si oui, spécifiez _____

Peut-il (elle) pratiquer tous les exercices ? Oui non
Si non, spécifiez _____

Votre enfant présente- il (elle) un comportement émotionnel particulier oui non
Agitation _____ nervosité ___ timidité ___ autres, spécifiez

Votre enfant se sent-il (elle) à l'aise dans le groupe dont il (elle) fait partie ? Oui
non

Les renseignements médicaux donnés ici n'empêcheront pas votre enfant de participer à un camp.

En cas d'urgence, j'autorise la direction à prendre toutes les dispositions pour les soins médicaux qu'il serait nécessaire de procurer à mon enfant

Signature (père, mère, tuteur)

Téléphone rés : _____ travail : _____

Autre no. de téléphone en cas d'urgence _____
nom _____