



FICHE SANTÉ

Nom	
Prénom	
Nom de fille de la mère	
Adresse	
No assurance - maladie	
date d'expiration	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

vaccinations terminés	<input type="checkbox"/>	eczéma	<input type="checkbox"/>	Allergie aux produits chimiques	<input type="checkbox"/>
menstruations douleurs	<input type="checkbox"/>	urticaire	<input type="checkbox"/>	Allergie nourriture	<input type="checkbox"/>
asthme	<input type="checkbox"/>	fièvre des foies	<input type="checkbox"/>	Spécifiez	
Médicaments – Lesquelles	<input type="text"/>			Allergie à l'aspirine	<input type="checkbox"/>
				Allergie à la pénicilline	<input type="checkbox"/>
				Autres allergies – spécifiez	<input type="checkbox"/>
				<input type="text"/>	
Est-ce qu'il ou elle a d'autres conditions médicales à signaler Si oui, spécifiez	Suit-il (elle) un régime spécial ? Si oui, spécifiez		Peut-il (elle) pratiquer tous les exercices ? Si non, spécifiez		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Votre enfant présente t'il/elle de l'agitation <input type="checkbox"/> nervosité <input type="checkbox"/> timidité <input type="checkbox"/> autre condition <input type="checkbox"/> spécifiez					
<input type="text"/>					
Votre enfant se sent-il (elle) à l'aise dans le groupe dont il (elle) fait partie ? oui non					

* Les renseignements fournis 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)

Tél. résidence :

Tél. travail

Tél. urgence :

Nom du contact d'urgence :

