

# LES ÉCURIES DES TROIS RUISSEAUX - CAMP D'ÉTÉ

## FICHE MÉDICALE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Particularités médicales : \_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Personnes à contacter en cas d'urgence (si dans l'impossibilité de vous rejoindre)

Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tél. rés. \_\_\_\_\_ Tél. bur. : \_\_\_\_\_

### **Autorisation des parents :**

J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs des médicaments ci-après décrits :

- ◇ Acétaminophène (tylénol, tempra etc )
- ◇ Anti-inflammatoire (advil)
- ◇ Anti-histaminique qui agit contre les allergies (bénadryl, claritin, réactine etc)
- ◇ Anti-émétique (gravol)
- ◇ Antibiotique en crème (polysporin, baciguent, etc)

En signant 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 rejoindre, 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.

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

\_\_\_\_\_  
Date :