Collège Bourget

Fiche médicale - CAMP DE JOUR ÉTÉ 2021

Identification de l'enfant

PRÉNOM: _____ **NOM:** _____ **Sexe:** M ou F

Date de naissance: _____ **Niveau scolaire en septembre :** _____
Jour / Mois / Année

Numéro d'assurance maladie : _____ **Expiration :** _____

Information médicale concernant l'enfant

Votre enfant a-t-il une condition médicale pouvant nécessiter une intervention d'urgence?

Diabète : OUI NON
Allergies sévères : OUI NON
Épilepsie OUI NON

IMPORTANT

Si votre enfant souffre d'allergies sévères et que l'usage d'un auto-injecteur pourrait être nécessaire, un épipen doit être déposé dans sac à dos pour toute la durée du camp.

Prise de médication sur une base régulière : OUI NON **Si oui, quelle est la médication prise et le dosage ?**

Si d'autres conditions médicales devraient être transmises aux responsables des camps, veuillez nous les indiquer ici

Personnes à contacter en cas d'urgence :

MÈRE		PÈRE	
Prénom et nom:		**Prénom et nom:**	
Maison :		**Maison :**	
Cellulaire :		**Cellulaire :**	
Bureau :		**Bureau :**	
Autre :		**Autre :**	

Premiers contacts en cas d'urgence si les parents ne sont pas disponibles :

Prénom et nom :		**Prénom et nom :**	
Lien avec l'enfant :		**Lien avec l'enfant :**	
Maison :		**Maison :**	
Cellulaire :		**Cellulaire :**	
Bureau :		**Bureau :**	
Autre :		**Autre :**	

L'objectif de cette fiche médicale est de donner des soins provisoires et sécuritaires à un enfant accidenté ou atteint d'un malaise subit. Le but est de favoriser son rétablissement et d'empêcher son état de s'aggraver en attendant son transport vers un centre hospitalier le plus près, s'il y a lieu. Si des frais de transport en ambulance sont engendrés, ceux-ci seront facturés aux parents de l'enfant.

Si les responsables du camp ne peuvent communiquer avec les parents de l'enfant qui nécessite des soins médicaux, il sera automatiquement transporté dans le centre hospitalier le plus près.
L'information contenue dans cette fiche médicale peut être consultée par d'autres professionels de la santé.

Signature du parent : _____ Date : _____