



## CAMP TÉKAKWITHA CERTIFICAT DE SANTÉ

### A REMPLIR PAR LES PARENTS

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Âge pendant son séjour au camp : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Dates de son séjour au camp: \_\_\_\_\_

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom de la **personne responsable** de l'enfant : \_\_\_\_\_

### **Si votre enfant est déjà couvert par votre police d'assurance voyage personnelle:**

- Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_
- No de la police : \_\_\_\_\_ No. Certificat : \_\_\_\_\_
- Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_
- Nom du détenteur de la police : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a **un autre endroit** que celui mentionné plus haut pour vous rejoindre lors du séjour de votre enfant au camp? Si oui, veuillez nous l'indiquer.

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**En cas d'absence**, qui devons-nous rejoindre?

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

### **Votre enfant a-t-il eu:**

Varicelle (picotte)     Rougeole     Coqueluche     Oreillons     Rubéole

### **Souffre-t-il:**

Asthme                                     Somnambulisme                                     Allergie  
 Maux d'oreilles                                     Incontinence urinaire                                     Épilepsie  
 Malformation cardiaque                                     Problème neurologique                                     Problème intestinal

Veuillez **détailler** tout problème médical de votre enfant :

---

---

---

---

Si oui, **spécifiez** lesquels: \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà subi une **intervention chirurgicale**? \_\_\_\_\_

**Si oui** : Date : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_ Résultats : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà eu une ou des **blessures graves**? \_\_\_\_\_

**Si oui** : Date : \_\_\_\_\_ Description : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il une ou des **maladies chroniques ou récurrentes**?

**Si oui** : Date : \_\_\_\_\_ Description : \_\_\_\_\_

**Votre enfant prend-il des médicaments**? \_\_\_\_\_

Si oui, spécifiez le médicament et la posologie? \_\_\_\_\_

Date de la **dernière dose d'anatoxine tétanique** (DCT ou DT) : \_\_\_\_\_

*(Si celle-ci remonte à plus de 10 ans, l'adolescent doit en recevoir une nouvelle dose.)*

Date du dernier rappel de **Polio** (Sabin) : \_\_\_\_\_

Date du dernier vaccin **Rougeole-Rubéole-Oreillons** (MMR ou RRO) : \_\_\_\_\_

Votre fille a-t-elle déjà eu ses **menstruations**?

- Oui
- Non, elle n'est pas renseignée
- Non, elle est renseignée
- Y-a-t-il des considérations particulières? \_\_\_\_\_

**Si votre enfant souffre d'une allergie qui pourrait nécessiter une dose d'adrénaline (Epipen, Twin-ject), nous demandons deux doses que nous pourrions ranger à des endroits différents en cas d'urgence.**

Posologie: \_\_\_\_\_

Qui est autorisé à **conserver et administrer** ce médicament?

Enfant lui-même : \_\_\_\_\_

Moniteur de l'enfant : \_\_\_\_\_

Toute personne adulte responsable : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE :

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

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

## AU CERTIFICAT DE SANTÉ

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

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.)
- Anti-émétique (Gravol)
- Anti-histaminique qui agissent entre autres contre les allergies (Bénadryl, Claritin, Allegra, Réactine, Phénergan, etc.)
- Sirops contre la toux (Bénylin, etc.)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Antibiotique en crème (Polysporin, Néosporin, Baciguent, etc.)
- Autres : (Médicaments qui accompagnent l'enfant à la demande des parents)

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. 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. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise les traitements médicaux nécessaires, la pratique d'une intervention chirurgicale, l'anesthésie et l'hospitalisation.

**SIGNATURE :** \_\_\_\_\_

**Nom du campeur :** \_\_\_\_\_ **Période :** \_\_\_\_\_

**L'EXAMEN MÉDICAL N'EST PAS REQUIS À MOINS QUE VOTRE ENFANT NE SOUFFRE D'UN PROBLÈME DE SANTÉ PARTICULIER** (ex : asthme, malformation cardiaque, épilepsie, maladie chronique) **OU DE TOUTE MALADIE AIGUE RÉCENTE** (ex : pneumonie, impétigo, infections diverses). Dans l'un ou l'autre de ces cas, votre enfant devra passer un examen médical dans les trente jours précédant son arrivée au camp.

### À REMPLIR PAR LE MÉDECIN EXAMINATEUR

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

*La personne ci-haut mentionnée a subi son examen médical physique. Son état physique est jugé satisfaisant pour participer aux activités normales des campeurs.*

Remarques importantes, précautions ou contre-indications relatives:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_