

CAMP TÉKAKWITHA CERTIFICAT DE SANTÉ

A REMPLIR PAR LES PARENTS

DATE DU SÉJOUR:.....

Nom de l'enfant:..... Age:..... Date naissance.....

No de l'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.....

Adresse autre que celle mentionnée pour vous rejoindre lors du séjour de votre enfant au camp.....

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

Nom..... Tél:.....

Nom..... Tél:.....

Votre enfant a-t-il eu:

La varicelle (picotte) _ la rougeole _ la coqueluche _ les oreillons _ rubéole _

Souffre-t-il: _ D'asthme, _ de somnambulisme, _ d'allergie, _ de maux d'oreilles _ d'incontinence urinaire, _ d'épilepsie, _ de malformation cardiaque, _ de problème neurologique, _ de problème intestinal

S.V.P., détailler tout problème de santé dont votre enfant souffre:

.....

.....

Fait-il de l'allergie à certains médicaments?.....

Si oui, spécifiez lesquels:

Votre enfant prend-il des médicaments?

Oui.

Non.

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 enfant a-t-il à sa disposition d'une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies?

Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie ?

Enfant lui-même Posologie: _____

Moniteur de l'enfant

Toute personne adulte responsable

A 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

Fille: A-t-elle déjà eu des menstruations?

Oui.

Non, elle n'est pas renseignée.

Non, elle est renseignée.

Y-a-t-il des considérations particulières?

.....
EN CAS D'URGENCE, j'autorise la direction du camp à prodiguer ou à faire prodiguer par un personnel compétent, les soins nécessaires à mon enfant. (*Cette section doit être remplie obligatoirement*)

SIGNATURE.....DATE.....

N.B. *L'examen médical n'est pas requis à moins qu'il souffre d'un problème de santé particulier (ex: asthme, malformation cardiaque, épilepsie, maladie chronique) ou de toute maladie aigüe récente (ex: pneumonie, impétigo, infections diverses).* Trente jours avant le départ pour le camp, veuillez alors conduire votre enfant chez un médecin afin de lui faire passer un examen médical

A 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.....

ANNEXE
AU CERTIFICAT DE SANTÉ

Aussi, 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.)
- Acide acétylsalicylique (Aspirin)
- 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 : _____