



Formulaire médical

Le campeur

Nom de famille : _____ Prénom : _____
 Sex: M F Date de naissance : MM / JJ / AAAA Âge au mois de juillet : _____
 Num. carte d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____
 Semaine au camp : Camp de jour 1 2 3 4 5 Camp d'ados Initiation au leadership

Informations médicales

Allergies, asthme, diabète : _____
 Traitement : _____
 Médicament : _____ Posologie : _____
 Médicament : _____ Posologie : _____
 Médicament : _____ Posologie : _____
 Antécédents médicaux; conditions médicales qui pourraient resurgir au camp : _____

 Condition physique qui pourrait nuire ou empêcher la participation à certaines activités : _____

 Autres renseignements : _____

En cas d'urgence, si nous n'arrivons pas à rejoindre le(s) parent(s)/tuteur(s) :

1. Prénom et nom de famille : _____
 Téléphone : _____ Lien avec le campeur : _____
 2. Prénom et nom de famille : _____
 Téléphone : _____ Lien avec le campeur : _____

Si applicable, qui a la garde de l'enfant ?

(Veuillez, s.v.p. inclure une copie de l'ordre de la cour en ce qui concerne les droits de visite.)

Prénom(s) et nom(s) de famille : _____

Le parent/tuteur est responsable d'aviser le camp de toute nouvelle information médicale survenue entre la date où cette fiche a été remplie et la date d'arrivée au camp.

En signant ce formulaire, vous donnez également à l'équipe du Camp Livingstone l'autorisation d'administrer des soins d'urgence si la situation le demande. Vous donnez également l'autorisation d'administrer les médicaments (en vente libre) suivants : acétaminophène, ibuprofène, antiémétique, antihistaminique, anti-inflammatoire, sirop contre la toux, antibiotique en crème, produits homéopathiques. Si vous avez des réservations concernant ces produits (allergies et autres), s.v.p. les mentionner dans les sections « Allergies » ou « Autres renseignements ».

Signature du parent/tuteur : _____ Date de la signature : _____