



Fiche Santé Camp d'été 2020

INFORMATIONS SANTÉ

Nom de l'enfant : _____

N° d'assurance-maladie : _____ Expiration _____ / _____

Son état général de santé : _____

Votre enfant souffre-t-il :

	Oui	Non	
d'asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d'un handicap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
de troubles cardiaques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d'épilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d'hémophilie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d'une intolérance alimentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
d'une allergie sévère?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez : _____
A-t-il un injecteur d'épinéphrine (EpiPen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Un autre médicament? Précisez :	_____		

Votre enfant a-t-il un autre problème de santé ? Oui Non

Si oui, précisez lequel: _____

Prend-il des médicaments ? Oui Non

Si oui, spécifiez lesquels : _____

AUTORISATIONS

J'autorise les responsables de l'Académie Trivium à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à conduire mon enfant à l'hôpital. **Oui** **Non**

Si votre enfant doit absolument prendre un médicament pendant la journée (ex. antibiotiques), vous devez fournir le médicament dans l'emballage d'origine et remplir la fiche « **Autorisation d'administration d'un médicament à l'école** » disponible au secrétariat.

Note : Pour la santé et le bien-être de l'enfant et du groupe, l'école ne peut recevoir un enfant porteur d'une maladie contagieuse.

Pour les élèves du camp d'été :

J'autorise les responsables de l'Académie Trivium à appliquer de la lotion solaire à mon enfant. **Oui** **Non**

Note : La lotion solaire n'est pas fournie par l'établissement. Prévoir une bouteille identifiée au nom de votre enfant qu'il/qu'elle gardera en sa possession.

Signature de la personne responsable de l'enfant : _____ Date : _____

mère père tuteur

Numéro de cellulaire mère : _____

Numéro de cellulaire père : _____