



FICHE MÉDICALE DU PARTICIPANT/JOUEUR

Camp de jour été 2020 ASMV

OBLIGATOIRE: À remettre la première journée signé et daté

Informations sur le participant/joueur du camp

Prénom: _____

Nom de famille: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Courriel: _____

Courriel: _____

Date de naissance: _____

Poids: _____

Taille: _____

Numéro d'assurance maladie: _____

Date d'expiration: _____

Personnes à contacter en cas d'urgence

1. Prénom: _____ Nom de famille: _____

Lien avec l'enfant: _____

Tél. mobile: _____ Tél. résidence: _____

Courriel: _____

Adresse: _____

2. Prénom: _____ Nom de famille: _____

Lien avec l'enfant: _____

Tél. mobile: _____ Tél. résidence: _____

Courriel: _____

Adresse: _____

Profil médical

Souffre-t-il (elle) de:

Asthme	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Diabète	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Évanouissement	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Problème cardiaque	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Commotion cérébrale	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez):

Est-il (elle) allergique à:

Arachides et noix	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Aspirine, pénicilline	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Herbe à pouce	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Piqûre d'insecte	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Produits laitiers	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Œufs	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez):

Votre enfant prend-il (elle) des médicaments:

Si oui, noms des médicaments*:

OUI

NON

Posologie: _____

****Les instructeurs du club ne sont pas autorisés à administrer des médicaments aux enfants. Veuillez vous assurer que le jeune soit autonome à ce niveau.***

Traitement d'urgence

En signant la présente :

1. J'autorise en cas d'accident ou de maladie, en mon absence les instructeurs de l'équipe du camp de jour à prodiguer les premiers soins de l'enfant, à le transporter en ambulance, à entreprendre les démarches requises pour consulter un professionnel de la santé ou à l'hospitaliser si nécessaire.
2. Je m'engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé non couverts par la RAMQ qui pourraient découler des démarches mentionnées plus haut.
3. Je m'engage à collaborer avec les instructeurs et à venir les rencontrer si le comportement ou les conditions médicales de l'enfant nuisent au bon déroulement des activités.
4. Je m'engage à aviser la direction technique de tout changement en ce qui a trait à l'information ci-dessus.

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de l'enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement aux instructeurs et au directeur technique du Club afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Signé le _____ 2020 _____ à Verdun

Signature du parent ou tuteur: _____

Nom et prénom du parent ou tuteur: _____