

FICHE SANTÉ - ÉLÈVE

IDENTIFICATION

École: _____
Enseignant: _____
Classe de : _____ année

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom: _____ Prénom: _____ M F
Date de naissance: _____/_____/_____
A A A A M M J J Numéro d'assurance maladie: _____ Exp: _____/_____
A A A A M M

Personnes à joindre en cas d'urgence

_____	_____	Parent / tuteur (encercler)	_____	_____	_____
Nom	Prénom		Courriel	Tél. résidence	Cellulaire
_____	_____	Parent / tuteur (encercler)	_____	_____	_____
Nom	Prénom		Courriel	Tél. résidence	Cellulaire

Les parents et tuteurs sont toujours appelés en priorité. SVP indiquez le nom d'une autre personne à contacter en 3e lieu et aviser cette personne qu'elle peut être contactée.

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom	Prénom	Lien avec l'enfant (ex.: grand-mère)	Tél. résidence	Tél. bureau	Cellulaire

AUTRES INFORMATIONS

Votre enfant a-t-il des **restrictions alimentaires** (maladie de Crohn, maladie coeliaque, restrictions d'ordre religieux ou végétarisme), des **intolérances ou allergies alimentaires**, ou d'**autres formes d'allergies**?
oui non Si oui, précisez: _____

Kéno peut prendre en charge plusieurs besoins particuliers. Nous communiquerons avec vous seulement si nous ne pouvons pas répondre aux besoins indiqués.

Besoin d'un **auto-injecteur d'épinéphrine** (EpiPen ou autre)?
oui non

Votre enfant souffre-t-il d'**asthme**? oui non

Besoin de médication pour l'asthme? oui non

Votre enfant souffre-t-il de **diabète**? oui non

Votre enfant présente-t-il d'**autres troubles d'ordre médical**? Ex. : épilepsie, sujet aux saignements de nez, vertige...
oui non Si oui, précisez: _____

Votre enfant présente-t-il des **troubles d'ordre psychologique** ou y aurait-il d'**autres renseignements pertinents à connaître** à son sujet?
Ex. : TDAH, TSA, trouble anxieux, trouble de l'humeur, trouble de l'alimentation, énurésie, troubles du sommeil...
oui non Si oui, précisez: _____

Votre enfant prend-il des **médicaments**? oui non Si oui, lesquels? _____
Pour quelle raison? _____

Votre enfant a-t-il reçu les **vaccins** prévus vers l'âge de 5 ans et 14-16 ans, qui incluent celui du **tétanos**?
oui non

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Camp de vacances à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Signature du parent / tuteur _____

Date _____

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise Kéno à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le personnel médical à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.

Signature du parent / tuteur _____

Date _____

AUTORISATION IMAGES ET PROPOS

Des photos et des vidéos seront prises lors des activités du camp. Veuillez noter qu'il est possible que certaines images soient utilisées par Kéno à titre de souvenir ou à des fins d'information et de promotion. Je comprends qu'il est possible que mon enfant figure sur ces images. J'autorise Kéno, et éventuellement ses collaborateurs, à se servir du matériel.

Signature du parent / tuteur _____

Date _____