



321 Des Érables, Rigaud (Québec) J0P 1P0
 T 450-451-0000 | F 450-451-0311
 www.montrigaud.com
 | info@montrigaud.com

FICHE SANTÉ

Semaine(s) d'inscription : _____

| | | | |
|--|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Nom et prénom de l'enfant | Âge au 30 septembre 2018 | PHOTO obligatoire | |
| No Assurance maladie | Expiration (AA/MM) | | Date de naissance (JJ/MM/AA) |
| Nom du parent responsable de l'inscription | Téléphone (maison) | | |
| | | | |

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il ou a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Asthme Diabète Épilepsie Autre : _____

Informations importantes concernant les maladies cochées : _____

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Votre enfant a-t-il des restrictions

pour certaines activités? : Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant présente-t-il des comportements émotionnels

particuliers? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour :

Hyperactivité * TDAH *
 Déficit d'attention * TED *

*Le camp de vélo de MONT RIGAUD n'a pas les ressources nécessaires pour prendre en charge des enfants atteints de troubles ou de particularités autres que légers.

ALLERGIES

Votre enfant souffre-t-il d'allergies?

Piqûres d'insectes* Oui Non

Médicaments* Oui Non

Allergies alimentaires* Oui Non

Intolérances alimentaires* Oui Non

*Précisez l'allergie et les détails de celle-ci
 (sévérité, symptômes et toutes informations pertinentes)

Votre enfant a-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) à sa

disposition? Oui Non

MÉDICAMENTS

Votre enfant doit-il prendre des médicaments? Oui Non

Si oui, veuillez remplir le formulaire d'autorisation pour administrer un médicament.

AUTORISATION PARENTALE

- Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche santé de mon enfant sont exacts et j'autorise le personnel du camp de jour de MONT RIGAUD à donner les soins médicaux appropriés et à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un professionnel de la santé.
- Dans l'impossibilité de nous joindre, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (interventions chirurgicales, transfusions, anesthésies, injections ou hospitalisation).
- Je m'engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant (incluant le transport d'urgence).

Signature du parent/tuteur : _____ **Date :** _____