



BILAN DE SANTÉ

A ÊTRE COMPLÉTÉ PAR LES PARENTS OU TUTEUR



DATE ARRIVÉE AU CAMP: _____ / _____ / _____ DATE DE DEPART _____ / _____ / _____
ANNÉE MOIS JOUR ANNÉE MOIS JOUR

NOM DE FAMILLE : _____ PRÉNOM: _____

DATE DE NAISSANCE _____ / _____ / _____ AGE AU CAMP : _____ SEXE: F M
ANNÉE MOIS JOUR

#CARTE ASS. MALADIE _____ DATE D'EXPIRATION: _____ / _____ / _____
ANNÉE MOIS

NOM DE FAMILLE ET PRÉNOM DE (S) PARENT(S) OU TUTEUR RESIDANT AVEC L'ENFANT:

TEL: DOMICILE () _____ CELL () _____ COURRIEL: _____

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

RELATION _____
TEL: DOMICILE () _____ CELL () _____ COURRIEL: _____

Est-ce que votre enfant souffre de.....

DE RHUMES FRÉQUENTS ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	MAUX DE TÊTE FRÉQUENTS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
D'INCONTINENCE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	D'ÉPILEPSIE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
D'ÉVANOUISSEMENTS?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	DE MALADIE DE LA PEAU ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DE DIABÈTE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	D'ASTHME ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
THADA	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	AUTRES MALADIES NEUROLOGIQUES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL (ELLE) D'ALLERGIES?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
VOTRE ENFANT DOIT IL/ELLE AVOIR SUR LUI/ELLE UN ÉPIPEN?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:	

EST-CE QUE VOTRE ENFANT A DES RESTRICTIONS OU ALLERGIES <u>ALIMENTAIRES</u> ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:	

EST-CE QUE VOTRE ENFANT A UNE BLESSURE OU UN PROBLÈME DE SANTÉ QUI POURRAIT AFFECTER SA PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DU CAMP ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER:	

EST-CE QUE VOTRE ENFANT PREND DES MÉDICAMENTS?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

NOM DU MÉDICAMENT:	POSOLOGIE:
--------------------	------------

COMMENTAIRES :

NOM DU MÉDICAMENT:	POSOLOGIE:
--------------------	------------

COMMENTAIRES :

NOM DU MÉDICAMENT:	POSOLOGIE:
--------------------	------------

COMMENTAIRES :

Exclusion de responsabilité:
Considérant que toutes les précautions seront prises pour assurer la santé et la sécurité des enfants fréquentant le camp, je m'engage à ne pas présenter, moi-même, ni autre personne me représentant ou représentant cet enfant, aucune réclamation contre le camp Sun Youth-Jeunesse au Soleil, ses membres ou ses employés pour toute maladie ou accident qui pourrait affecter mon enfant ou dommage ou perte à mes biens ou les siens pendant son transport/ séjour au camp. Au meilleur de ma connaissance, cet enfant n'a pas de maladie contagieuse et est physiquement apte à participer aux activités du camp. Toute préoccupation ou trouble d'ordre médical nécessitant une supervision ou des soins médicaux ont été notés. Je consens à ce que ces renseignements sur la santé de l'enfant soient partagés avec le personnel du camp visé et le personnel externe au besoin. J'autorise par la présente le personnel du camp, lorsque requis par l'état de santé de l'enfant ou en cas d'urgence, à conduire ou à faire conduire l'enfant auprès d'un médecin et/ou de l'hôpital choisi par le camp. Je certifie que les renseignements contenus dans ce formulaire sont fidèles et à jour. J'accepte de rembourser le coût des médicaments que le service médical pourrait recommander. Tous les autres soins médicaux usuels que pourrait recevoir le campeur seront gratuits. Les soins dentaires ne peuvent être effectués qu'à Montréal et les frais de service de transport seront déboursés par le campeur ou ses parents ou tuteur.

SIGNATURE D'UN PARENT OU TUTEUR: _____	DATE: _____
--	-------------