



Base de plein air AIR-EAU-BOIS

32, CH. BASE DE PLEIN AIR
DENHOLM, QC
J8N 9P6
COURRIEL : info@aireaubois.com

TÉL : (819) 457-4040
1-800 363-4041
FAX : (819) 457-4954

FICHE SANTÉ DU CAMPEUR

PRÉNOM DE L'ENFANT :	NOM DE L'ENFANT:
No Assurance-maladie :	Date d'expiration :
Date de naissance :	Sexe : F M
Code de séjour :	

INFORMATIONS MÉDICALES		
Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert des troubles suivants...	Oui	Non
1. Asthme ou autres troubles respiratoires		
2. Épilepsie		
3. Diabète		
4. Allergies (saisonnères, alimentaires, etc.)		
5. Intolérances alimentaires		
6. Interventions chirurgicales majeures		
7. Problèmes de comportement		
8. Autre(s), précisez : _____		

Veuillez préciser :

Votre enfant a-t-il tendance à...	Oui	Non
1. Évanouissement		
2. Somnambulisme		
3. Incontinence urinaire		
4. Indigestion		
5. Vertige		
6. Saignement de nez		
7. Autre(s), précisez : _____		

Veuillez préciser :

Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants :	Oui	Non	Date
1. Rougeole			
2. Oreillons			
3. Polio			
4. DCT (diphthérie, coqueluche et tétanos)			
5. Rubéole			



Base de plein air AIR-EAU-BOIS

32, CH. BASE DE PLEIN AIR
DENHOLM, QC
J8N 9P6
COURRIEL : info@aireaubois.com

TÉL : (819) 457-4040
1-800 363-4041
FAX : (819) 457-4954

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise les membres du personnel de la BPA Air Eau Bois à prodiguer à mon enfant les soins de santé nécessaires. J'autorise également la BPA Air Eau Bois à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. En cas d'urgence, s'il est impossible de nous joindre (parents/tuteurs et personnes à contacter en cas d'urgence), j'autorise le médecin à prodiguer tous les soins requis par son état.

À noter que dans l'éventualité de cas de contagion (conjonctivite, grippe, pédiculose, etc.), le camp n'assume en aucun cas le coût des médicaments ou des traitements requis. La responsabilité en revient au parent ou au responsable de l'enfant.

Signature (parent/tuteur) : _____ Date : _____

AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise la BPA Air Eau Bois administrer à mon enfant un ou plusieurs des médicaments suivants :

- Acétaminophène (ex : Tylenol)
- Anti-inflammatoire (ex : Advil)
- Anti-histaminique (ex : Benadryl, Réactine, etc.)
- Acide Acétylsalicylique (ex : Aspirin)
- Autre Précisez : _____

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-t-il des médicaments sur une base régulière	Oui	Non
--	-----	-----

Si oui, inscrivez le nom du médicament et sa posologie :

Je, _____ autorise le personnel de la BPA Air Eau Bois à administrer à mon enfant le (les) médicaments mentionnés ci-dessus et je m'engage à fournir la prescription médicale (ou sa photocopie), la quantité requise du médicament ainsi qu'un contenant hermétique au moniteur au début du séjour au camp de vacances.

Signature : _____
Date : _____



Base de plein air AIR-EAU-BOIS

32, CH. BASE DE PLEIN AIR
DENHOLM, QC
J8N 9P6
COURRIEL : info@aireaubois.com

TÉL : (819) 457-4040
1-800 363-4041
FAX : (819) 457-4954

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
1. NOM :	PRÉNOM :
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 1 : () -	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 2 : () -
Lien avec l'enfant :	
2. NOM :	PRÉNOM :
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 1 : () -	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE 2 : () -
Lien avec l'enfant :	

Nom du médecin traitant : _____

Clinique ou hôpital : _____

Téléphone du médecin : _____

La Direction de la BPA Air Eau Bois vous recommande fortement de demander à votre pharmacien de mettre les médicaments de prescription de votre enfant dans le système *Dispil[™]*. Ce système permet d'assurer un suivi plus étroit de la prise des médicaments. Vous devez en outre vous assurer de remettre aux moniteurs responsables de votre enfant la quantité de médicaments appropriée pour la durée du séjour. Vous devez écrire sur le contenant du médicament les informations suivantes : nom de l'enfant, nom du médicament, posologie, nom et coordonnées du pharmacien et nom et coordonnées du médecin.

Par la signature de ce formulaire, j'atteste que les renseignements donnés sont conformes. Je m'engage également à informer la direction de la BPA Air Eau Bois si des modifications au dossier médical surviennent avant le séjour de mon enfant.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____



Base de plein air AIR-EAU-BOIS

32, CH. BASE DE PLEIN AIR
DENHOLM, QC
J8N 9P6
COURRIEL : info@aireaubois.com

TÉL : (819) 457-4040
1-800 363-4041
FAX : (819) 457-4954

FORMULAIRE POUR LES ALLERGIES SÉVÈRES

Chers parents,

Voici le formulaire à compléter pour les enfants présentant des allergies sévères (aliments, insectes). Afin d'assurer la sécurité de tous les enfants, vous comprendrez que l'omission de fournir les renseignements qui suivent peut entraîner le refus de l'admission de votre enfant au camp de vacances.

Photographie récente de l'enfant

Nom : _____

Âge : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Numéros de téléphone : _____

Num. d'a. maladie : _____

ALLERGIE(S) : _____

Votre enfant possède-t-il un dispositif d'auto-injection automatique d'adrénaline (ex : epipen, twin-jet, etc.) oui : _____ non : _____

*La BPA Air Eau Bois vous recommande fortement de fournir au **minimum 2 dispositifs** d'auto-injection automatique d'adrénaline à votre enfant en raison de l'éloignement des services médicaux d'urgence.

Commentaires :

Conduite à adopter en cas de contact avec l'allergène :

1. Si le contact avec l'allergène est suspecté, donner : (ex : épinéphrine)

2. Appeler les ambulanciers ou amener immédiatement l'enfant à l'hôpital

3. Appeler le responsable de l'enfant

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____