CAMP MÈRE CLARAC
959 rue Principale
St-Donat, Qc
J0T 2C0

Tél.: 819.424.2261 poste 21 ou 514.322.6912
Téléc.: 819.424.5771
Site web: www.campclarac.ca
Courriel: info@campclarac.ca

BULLETIN DE SANTÉ

Session choisie:

Nom: Prénom:

Sexe: Âge: Anniversaire (jj-mm-aaaa):

Numéro d'assurance-maladie: Expiration (mm-aa):

Adresse: app.: Ville: Province: Code postal :

Responsable de l'enfant: Courriel du responsable:

Téléphone maison: Téléphone travail: Poste: Cellulaire:

Nom et prénom de la mère: Nom et prénom du père:

Nom et prénom du tuteur:

Nom du médecin de l'enfant: Téléphone:

Personnes (2) à rejoindre en cas d'urgence :

1. Nom et prénom : Lien avec la famille :

Tél. maison: Tél. travail: Poste: Cellulaire:

2. Nom et prénom : Lien avec la famille:

Tél. maison: Tél. travail: Poste: Cellulaire:

Antécédents médicaux pertinents :

Chirurgie(s) :

Maladie(s) grave(s) :

Maladie(s) chronique(s) :

Blessure(s) grave(s) (quand et décrire) :

Votre enfant porte-t-il des prothèses particulières? Si oui, spécifiez ici et les décrire :

Vaccination (inscrivez la date du vaccin sous la forme aa-mm-jj)

Rougeole:		DCT 1er:		Polio 1er:	
Rubéole:		DCT 2e:		Polio 2e:	
Oreillons:		DCT 3e:		Polio 3e:	
Autre:		DCT 4e:		Polio 4e:	
Autre:		DCT 5e:		Polio 5e:	

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?

☐ Rougeole ☐ Oreillons ☐ Cinquième maladie

☐ Rubéole ☐ Varicelle ☐ Coqueluche

☐ Méningite

Décrire:

☐ Hépatite

Décrire:

☐ Convulsion fébrile

Décrire:

Important: Veuillez avertir la direction du camp si votre enfant a été exposé à quelque maladie contagieuse pendant les 3 semaines précédant son séjour au camp.

<u>Important: Votre enfant doit avoir ses médicaments durant toute la durée de son séjour au camp.</u>

Votre enfant souffre-t-il de:	Prend-il des médicaments? si oui les nommer	Posologie
☐ Asthme		
☐ Épilepsie		
☐ Bronchite		
☐ Otite		
☐ Diabète		
☐ Eczéma		
Autre:		

Votre enfant souffre-t-il de:

☐ Énurésie: Précisez:

☐ Malaise en voyage: Précisez:

☐ Somnambulisme: Précisez:

☐ Maladie cardiaque ou malformation: Précisez:

☐ Maladie de peau: Précisez:

☐ Trouble d'audition: Précisez:

☐ Maladie des yeux: Précisez:

☐ Trouble sanguin: Précisez:

☐ Votre enfant souffre-t-il d'allergie? (médicaments, aux animaux, alimentaire, saisonnière, etc.)

Précisez l'allergie et décrivez les réactions:

N.B. Si l'enfant a déjà fait une réaction d'urticaire géante ou d'enflure importante dans la figure avec ou sans difficulté respiratoire en présence d'un animal, d'un aliment, d'un insecte ou autre, nous exigeons que l'enfant apporte un EPIPEN pour son séjour au camp et qu'il en connaisse l'utilisation.

Si tel était le cas, qui est autorisé à conserver ce médicament et selon quelle posologie?

☐ L'enfant ☐ Moniteur de l'enfant ☐ Adulte responsable Posologie:

<u>À signer si votre enfant a une dose d'adrénaline (EPIPEN):</u>

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer, selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline (EPIPEN):

oui **Signature:**

En inscrivant mon nom dans la case à cet effet ci-dessus, je comprends que ce geste équivaut à apposer ma signature manuscrite

<u>À signer concernant l'administration au besoin de(s) médicament(s) suivant(s) à votre enfant:</u>

☐ Tylénol (acétaminophène) ☐ Gravol (Dimenhydrinate)

☐ Bénadryl (Diphenhydramine) ☐ Polysporin (Onguent antibiotique)

Signature:

En inscrivant mon nom dans la case à cet effet ci-dessus, je comprends que ce geste équivaut à apposer ma signature manuscrite

AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

Veuillez aussi noter que si votre enfant doit prendre quelque **médicament** que ce soit (prescription, médicament en vente libre, crème, produit homéopathique ou autres) durant son séjour, vous aurez une feuille à compléter au dortoir avant de consigner les médicaments à la responsable du chalet.

Précisons que la distribution de médicament ne comporte aucune obligation pour le personnel de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport. Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de l'autorisation des personnes autorisées à prescrire. **Il importe donc de toujours remettre le contenant original identifié au nom de l'enfant.** Sur cette étiquette doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les premiers soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant y séjournant, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, les injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Signature:

En inscrivant mon nom dans la case à cet effet ci-dessus, je comprends que ce geste équivaut à apposer ma signature manuscrite

ATTENTION: Veuillez prendre note que les cheveux des enfants sont vérifiés au début de chaque séjour afin de s'assurer qu'aucun campeur n'ait de poux. Si c'était le cas pour un enfant, le parent est tenu de revenir chercher l'enfant au camp la journée même de son arrivée. Aucun traitement ne sera donné aux enfants par le personnel du camp. Afin d'éviter tout inconvénient de la sorte, il serait bon de vous assurer que votre enfant n'ait pas de poux avant de le laisser. Vous comprendrez que ceci est pour le bien de tous les campeurs.

N.B. Le séjour pourra être reporté à une date ultérieure lorsque celui-ci aura reçu le traitement requis et que les résultats seront satisfaisants.

Signature:

Imprimer

Envoyer par courriel

En inscrivant mon nom dans la case à cet effet ci-dessus, je comprends que ce geste équivaut à apposer ma signature manuscrite