

FICHE MÉDICALE

Nom :		Prénom :	
Date de naissance :	Âge :	Téléphone :	
Adresse complète (numéro, rue, ville et code postal) :			
Nom du médecin traitant :		Téléphone :	
Numéro d'assurance-maladie :		Date d'expiration :	
Date du dernier vaccin tétanos :		Groupe sanguin :	

Renseignements médicaux en cas d'urgence

Est-ce que la personne désignée a des allergies? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez cocher (x) et préciser.			
<input type="checkbox"/> Médicaments	<input type="checkbox"/> Aliments	<input type="checkbox"/> Plantes	<input type="checkbox"/> Animaux
<input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> Autres		
Préciser :			

Si les conditions suivantes s'appliquent, veuillez cocher (x) et préciser.

<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Mal des transports
<input type="checkbox"/> Maux de tête	<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Autres
Préciser :		

Est-ce que la personne a besoin de soins spéciaux, de prendre des médicaments ou de suivre une diète spéciale?

Soins spéciaux :	
Médicaments :	Posologie :
Diète spéciale :	
Détails :	

A-t-il déjà été nécessaire de restreindre la participation à des activités de cette personne pour des raisons médicales?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Détails :

Personne à prévenir en cas d'urgence.

Nom :		Prénom :	
Lien :	Téléphone maison :	Téléphone bureau :	
Adresse complète (numéro, rue, ville et code postal) :			

Nom d'un contact alternatif en cas d'urgence.

Nom :		Prénom :	
Lien :	Téléphone maison :	Téléphone bureau :	
Adresse complète (numéro, rue, ville et code postal) :			



Autres commentaires ou informations sur votre enfant :

En cas d'urgence, j'autorise les responsables à prendre les dispositions nécessaires relatives à mon enfant. J'autorise également le transport de mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou dans une clinique médicale. J'autorise, par la présente, le médecin et le personnel infirmier à examiner et à procéder aux traitements nécessaires pour mon enfant. Je m'engage à défrayer tous les coûts relatifs aux soins de santé et au transport de mon enfant. J'autorise également que l'information pertinente soit distribuée aux personnes appropriées (médecin, infirmière) lorsque cela est jugé nécessaire. L'organisatrice, les bénévoles et la municipalité de Saint-Aubert ne seront en aucun cas tenus responsables de tout accident ou incident survenu lors de cette sortie.

Je, soussigné(e), autorise Line Grenier ou autre personne responsable à lui administrer les médicaments prescrits

Signature du parent ou tuteur :	Date :
--	---------------

Les données contenues dans ce formulaire sont tenues confidentielles et seront détruites à la fin de l'activité.

À REMETTRE À LA PERSONNE RESPONSABLE LE JOUR DE L'ACTIVITÉ
