



Base de Plein Air Mont-Tremblant

3595, rue Léonard, Mont-Tremblant QC J8E 2A5
Telephone: (819) 425-2461 Fax: (819) 425-7121

FICHE MÉDICALE

Date d'arrivée: _____ Date de départ : _____ Nom du campeur: _____

Adresse: _____ Ville: _____ C.Postal: _____

Nom du père: _____ Tél. rés: _____ Tél. bur : _____

Nom de la mère: _____ Tél rés: _____ Tél. bur : _____

N° assurance maladie du campeur: _____ Expiration: _____ Âge : _____

Date de naissance : ____/____/____
 JJ MM AAAA

L'enfant demeure-t-il avec ses 2 parents? : oui non
Si non, il demeure avec: père mère garde partagée
Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp? oui non camp de jour

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Votre enfant :

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Fait-il des allergies? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | 5. Demande t-il une attention spéciale la nuit? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 2. Fait-il de l'asthme? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | 6. Prend-t-il des médicaments? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 3. A-t-il peur de l'eau? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | 7. Date du dernier vaccin antitétanique : _____ |
| 4. Mouille-t-il son lit? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions, alors mentionnez **au verso**, tout détail, posologie, remarque particulière ou toute information pouvant aider le personnel à assurer une bonne expérience de camp à votre enfant (timidité, craintes, comportements, etc...)

Informations au verso Aucune information au verso

Veillez nous informer de toute nouvelle information médicale entre la date où vous complétez ce formulaire et l'arrivée de l'enfant au camp.

AUTORISATION

Médias : J'autorise la Base de Plein Air Mont-Tremblant et l'Association des Camps du Québec à prendre des photos et/ou des vidéos de mon enfant dans la pratique d'activités du camp, dans la durée de son séjour. Je les autorise à utiliser ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires, tels brochures, revues, journaux, télévision, site web, etc. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp.

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur) _____

Nom de l'enfant (nom, prénom) : _____

Autorise celui-ci à participer à toutes les activités du centre, au directeur du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toutes les interventions d'urgence, suivant les directives du médecin.

Signature : _____ Date : _____

J'autorise également si nécessaire, de donner à mon enfant les médicaments suivants :

Tylenol Initiales _____ Benadryl Initiales _____ Advil Initiales _____ Autre _____ Initiales _____

En cas d'urgence prévenir: _____ Tél. rés. : _____

Lien de parenté : _____ Tél. bur. : _____

En cas d'urgence prévenir: _____ Tél. rés: _____

Lien de parenté : _____ Tél. bur. _____