



# Base de Plein Air Mont-Tremblant

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

# FICHE MÉDICALE

**Vous devez nous retourner la fiche médicale avec votre formulaire d'inscription  
Un formulaire par enfant**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT

Date d'arrivée: \_\_\_\_\_ Date de départ: \_\_\_\_\_ Séjour : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté un camp?  Oui  Non

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Ville: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Sexe : F  M  Date de naissance: \_\_\_\_\_ Âge lors du séjour: \_\_\_\_\_

N° assurance maladie du campeur: \_\_\_\_\_ Date d'expiration: \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant: \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Clinique/hôpital : \_\_\_\_\_

## Répondant de l'enfant

Nom de la MÈRE: \_\_\_\_\_ Tél. Résidence: \_\_\_\_\_ Tél. Bureau : \_\_\_\_\_

Nom du PÈRE: \_\_\_\_\_ Tél. Résidence: \_\_\_\_\_ Tél. Bureau : \_\_\_\_\_

Garde de l'enfant : Mère et père  Mère  Père  Garde partagée  Tuteur

## En cas d'urgence

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Mère et père  Mère  Père  Tuteur

**AUTRE personne** à joindre en cas d'URGENCE :

Nom: \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél.Rés : \_\_\_\_\_ Tél.Bur : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél.Rés : \_\_\_\_\_ Tél.Bur : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_ Tél.Rés : \_\_\_\_\_ Tél.Bur : \_\_\_\_\_

## Intervention chirurgicales

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? : Oui  Non  Si oui :

Date : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_ Résultat : \_\_\_\_\_

**Blessures graves :**

Date : \_\_\_\_\_ Décrire: \_\_\_\_\_

**Maladies chroniques ou récurrentes :**

Date : \_\_\_\_\_ Décrire: \_\_\_\_\_

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :**

A-t-il (elle) déjà eu ?		Souffre-t-il (elle) ?	
Otite	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Asthme	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Varicelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Épilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Migraines	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Hyperactivité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres, précisez :		Autres, précisez :	

Concernant ces maladies ou affections, donnez-nous les renseignements importants :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fille :** A-t-elle déjà eu ses menstruations  oui Non, elle n'est pas renseignée   
Non, elle est renseignée

Y-a-t-il des considérations particulières : \_\_\_\_\_

VACCINATIONS		DATE	ALLERGIES	
Rougeole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Fièvre des foins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rubéole	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Herbes à puce	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Oreillons	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
DCT	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Animaux	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Polio	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Pénicilline	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Autres médicaments	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Allergies aux arachides	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
			Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres, précisez :			Autres, précisez :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en fonction de ses allergies ?  Oui  Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie ?

Enfant lui-même  Toute personne adulte responsable   
Moniteur de l'enfant  Posologie : \_\_\_\_\_

**À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

**MÉDICAMENTS :**

Votre enfant prend-il des médicaments?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire :	
Nom des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Spécifiez :
Autres particularités médicales:	

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

Acétaminophène (Tylenol)  Initiales \_\_\_\_\_ Antihistaminique (Benadryl)  Initiales \_\_\_\_\_  
Ibuprofène (Advil)  Initiales \_\_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_  Initiales \_\_\_\_\_

**AUTRES :**

Présente-il des problèmes de comportement :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire :	
Porte-t-il des lunettes ou lentilles ?	
Mouille-t-il son lit ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Est-il somnambule?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Mange-t-il normalement?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si non, décrire :	
Porte-t-il des prothèses particulières?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des réserves pour certaines activités :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, décrire :	

**AUTORISATION DES PARENTS****Médias**

Étant donné que la Base de Plein Air Mont-Tremblant prendra des photos et (ou) des films sur les activités de mon enfant pendant la durée de son séjour, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires (brochures, site web, etc.). Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la Base de Plein Air Mont-Tremblant ou de l'Association des camps du Québec.

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, à votre arrivée au camp ou à l'autobus, vous devez remettre le formulaire d'autorisation d'administration de médicament et nous fournir une autorisation écrite afin que nous puissions administrer les posologies prescrites à votre enfant.

- Veuillez prendre note que toutes ces informations demeureront confidentielles. Seules les informations Concernant l'état de santé de votre enfant seront divulguées à son animateur, au responsable des soins de santé et son supérieur immédiat afin de permettre une meilleure approche auprès de votre enfant ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.
- En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer et à venir rencontrer les responsables du camp si le comportement de mon enfant nuit au bon fonctionnement du camp.

---

Nom et prénom du parent ou tuteur

---

Signature du parent ou tuteur

---

Date