

CAMP DE JOUR ST-MARC

Fiche Santé

Personnes à joindre en cas d'urgence (autres que les parents)

Nom : _____ Tel : _____ Lien avec l'enfant _____

Nom : _____ Tel : _____ Lien avec l'enfant _____

L'enfant peut-il (elle) participer à toutes les activités? _____ Oui _____ Non

Si non, précisez _____

Prend-il des médicaments particuliers? _____ Oui _____ Non

Si oui, lesquels _____ (prévoir une autorisation du médecin)

L'enfant souffre-t-il d'allergies à certains médicaments? Oui _____ Non _____

A-t-il des allergies? Oui _____ Non _____

Si oui, laquelle : _____ **SI BESOIN D'UN EIPEN, REMPLIR LE FORMULAIRE À L'ENDOS**

Souffre-t-il (elle) d'une maladie (tel que asthme, épilepsie, autres)? Oui _____ Non _____

Si oui, laquelle _____

Sait-il (elle) nager sans flotteur? Oui _____ Non _____

En cochant la présente, j'autorise la Municipalité de Saint-Marc à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. J'autorise également la Municipalité à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé si elle le juge nécessaire.

En cochant la présente, j'accepte que la Municipalité de Saint-Marc s'assume pas la responsabilité des frais de médicaments et des frais d'ambulance.

Signature du parent

Date