



**CAMP DE JOUR ÉTÉ 2011
FICHE MÉDICALE
ACTON VALE**



Nom (enfant): _____

Prénom (enfant): _____

Sexe M F Âge : _____ Date de naissance : _____
Année / mois / jour

No d'assurance-maladie: _____ Exp: _____

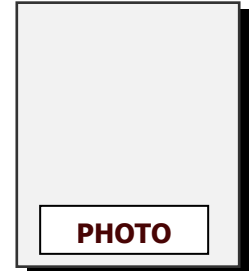
Nom, prénom (**mère**): _____

No de téléphone : Résidence _____ Travail : _____

Nom, prénom (**père**) _____

No de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____

À la fin de la journée mon enfant repartira Seul Avec la mère Avec le père Autres _____



EN CAS D'URGENCE :

Nom, prénom _____

No de téléphone : 1- _____ 2- _____ Lien : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ OU DES ALLERGIES? OUI NON

Si oui, lesquels: _____

Est-ce que votre enfant prend des médicaments: oui non Si oui, lesquels : _____

Posologie/Remarques : _____

Votre enfant sait-il nager? oui non avec flotteur

J'autorise les camps à utiliser des photos de mon enfant à des fins publicitaires; oui non

En cas d'urgence, j'autorise les gestionnaires de camps à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant; oui non

Les gestionnaires de camps ne pourront être tenus responsables si des événements sont causés par des informations manquantes sur cette fiche (maladies, incapacités ou allergies).

Signature: _____ Date: _____