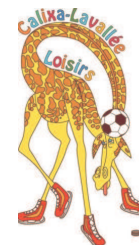




CAMP DE JOUR ÉTÉ 2011
FICHE MÉDICALE
CALIXA-LAVALLÉE



Nom (enfant): _____

Prénom (enfant): _____

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

No d'assurance-maladie: _____ Exp: _____

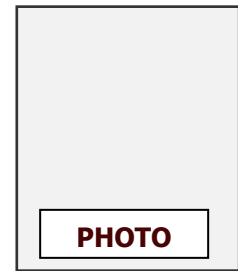
Nom, prénom (**mère**): _____

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

J'affirme avoir pris connaissance que les gestionnaires de camps prévoient un remboursement pour cause médicale seulement (certificat médical à l'appui). **Le remboursement sera fait en septembre 2011.** Aucun remboursement ne sera fait après la date de l'activité pour une sortie manquée ou pour une suspension. 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: _____