



CAMP DE JOUR ÉTÉ 2011  
FICHE MÉDICALE  
SAINT-PAUL-D'ABBOTSFORD



Saint-Paul  
d'Abbotsford

Nom (enfant): \_\_\_\_\_

Prénom (enfant): \_\_\_\_\_

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

No d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ Exp.: \_\_\_\_\_

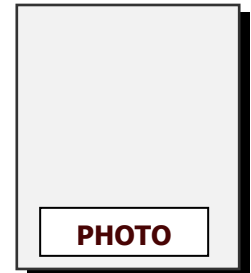
Nom, prénom (mère): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_