



CAMP DE JOUR ÉTÉ 2019
FICHE DE SANTÉ
MUNICIPALITÉ DE SAINT-ADOLPHE-D'HOWARD

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F Âge : _____ Date de naissance : _____ (année/mois/jour)

No. d'assurance-maladie : _____ Exp : _____

Nom, prénom (mère) : _____

No. de téléphone : Résidence _____ Travail : _____ Cell : _____

Nom, prénom (père) : _____

No. de téléphone : Résidence _____ Travail : _____ Cell : _____

EN CAS D'URGENCE (autre que les parents) :

Nom, prénom : _____ Lien : _____

No. de téléphone : _____

Nom, prénom : _____ Lien : _____

No. de téléphone : _____

À la fin de la journée, mon enfant quittera :

Seul Avec la mère Avec le père

Autres personnes autorisées : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ, DES ALLERGIES, OU DES BESOINS PARTICULIERS ?

Si oui, lesquels : _____

TDA TDAH TSA TC TED AUTRE : _____

Si vous avez coché l'une des cases précédentes, vous devez communiquer avec nous au 1.855.477.3003.

Médicaments à prendre au camp : _____

Votre enfant a-t-il besoin d'un vêtement de flottaison individuelle ? Oui Non

Je comprends que, pour des mesures de sécurité, une pièce d'identité avec photo sera demandée à toute personne autorisée à quitter avec mon enfant.

Initiales : _____

Je comprends que les gestionnaires de camps prévoient un remboursement pour **causes médicales seulement** (certificat médical à l'appui). Les remboursements seront faits en septembre 2019. Aucun remboursement ne sera fait après la date de l'activité, pour une sortie manquée ou pour une suspension.

Initiales : _____

En cas d'urgence, j'autorise les camps AES à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant. Je comprends que les frais de transport en ambulance et les soins de santé sont aux frais du parent. 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).

Initiales : _____

J'atteste que tous les renseignements sont véridiques et sans omission. Dans le cas contraire, je comprends que GVL inc. pourrait retirer mon enfant du camp pour sa propre sécurité ou celle des autres participants.

Initiales : _____

NOM EN LETTRES MOULÉES

SIGNATURE

DATE