

INFORMATION GÉNÉRALE ET FICHE MÉDICALE

Nom de l'élève: _____ Date de naissance: _____

Age: _____

Mère

Père

Téléphone: maison _____

travail _____

cellulaire _____

Adresse courriel: _____

En cas d'urgence: _____

(si les parents ne peuvent être rejoints)

Nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant: _____

Veuillez indiquer si l'enfant a la permission de quitter seul à la fin du camp: ()Oui ()Non

Numéro d'assurance médicale: _____ ()Ontario ()Québec

Médecin de famille: _____ Téléphone: _____

Allergies alimentaires ou autres: _____
(veuillez spécifier)

Allergie aux médicaments: _____

Autres informations médicales pertinentes: _____

Mandat d'autorisation en cas d'urgence

Si une urgence médicale devait survenir, nous tenterons de contacter les parents ou tuteurs de l'enfant. Cependant, s'il nous était impossible de rejoindre ces personnes, les directives du médecin seront suivies. Toute médication ou procédure (prescrites par le médecin) seront administrées seulement si les parents ne peuvent être contactés.

Signature des parents: _____

(Nom de la mère)

(Nom du père)

(Signature de la mère)

(Signature du père)