



2110, chemin du Tour-du-Lac  
Nominique (Qc) J0W 1R0  
Tél : 819 278-3384  
Fax : 819 278-4967  
Courriel : loisirs@municipalitenominique.qc.ca  
Web : www.municipalitenominique.qc.ca

## **Fiche médicale du participant – Nomicamp hivernal 2018**

### **Renseignements généraux:**

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_ exp.: \_\_\_\_\_

Nom des parents ou tuteurs:

1) \_\_\_\_\_ Téléphone #1 ( ) \_\_\_\_\_ Téléphone #2 ( ) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Téléphone #1 ( ) \_\_\_\_\_ Téléphone #2 ( ) \_\_\_\_\_

Coordonnées de **deux personnes autres** que les parents ou tuteurs à rejoindre :

1) Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél.: ( ) \_\_\_\_\_

Lien avec la famille : \_\_\_ Parent \_\_\_ Ami \_\_\_ Voisin

2) Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tél.: ( ) \_\_\_\_\_

Lien avec la famille : \_\_\_ Parent \_\_\_ Ami \_\_\_ Voisin

### **Maladies et allergies :**

Votre enfant souffre-t-il(elle) ?

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
<b>Asthme</b>	_____	_____	<b>Épilepsie</b>	_____	_____	<b>Diabète</b>	_____	_____

Médicaments ou autres :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Allergies** (lesquelles): \_\_\_\_\_

Spécifications ou médicaments : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition un auto-injecteur d'épinéphrine (**Epipen, Ana-kit**) en fonction de ses allergies ? \_\_\_\_\_

**Médicaments :**

Votre enfant prend-il des médicaments ? Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Si oui:

Nom des médicaments:

Posologie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Les prend-il lui-même ? Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Spécifiez: \_\_\_\_\_

**Autres :**

Est-ce que votre enfant présente des problèmes de comportement ? Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Spécifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant est restreint dans certaines activités ? Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Spécifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres particularités: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Prise de photos :**

Afin de conserver des souvenirs du passage de vos enfants au Nomicamp hivernal, nous vous demandons de signer l'autorisation de prises de photos.

J'autorise les animateurs du Nomicamp hivernal à prendre mon enfant en photo et j'autorise la municipalité de Nomingue à publier les photos et/ou de les afficher sur le site internet de la Municipalité.

Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Signé le : \_\_\_\_\_ Signature du Parent : \_\_\_\_\_

**AUTORISATION DES PARENTS**

En signant la présente, j'autorise la direction du Nomicamp hivernal à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge pertinent je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Nomicamp hivernal à prodiguer à mon enfant, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date