



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

Fiche médicale du participant – Nomicamp hivernal 2019

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
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ?

OUI NON

Médicaments :

Votre enfant prend-il des médicaments ? Oui Non

Si oui:

Nom des médicaments

Posologie

_____	_____
_____	_____

Les prend-il lui-même ? Oui Non

Veillez spécifier: _____

Autres :

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

Veillez spécifier : _____

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

Veillez spécifier : _____

Autres particularités:

Prise de photos :

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

J'autorise les animateurs(trices) 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