



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

## Fiche médicale du participant – Nomicamp hivernal 2022

### 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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Épilepsie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diabète</b>	<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:

---

---

Les animatrices et responsables du Nomicamp ne sont pas autorisés à administrer des médicaments à qui que ce soit, à moins d'une autorisation écrite du parent. De plus, le médicament doit être fourni par le parent pour être administré à son enfant.

**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