# EXPERIENCE DOMINICAINE

## FICHE-SANTÉ 2008

***À DONNERER À LA PERSONNE RESPONSABLE S.V.P.***

| **Nom** | **Prénom** | **No. assurance-maladie** | |
|---|---|---|---|
| Adresse | Ville | Âge au camp | Camp # |
| Code postal | Téléphone<br>( ) - | Date de naissance<br>(A: ) (M: ) (J: ) | |

**TÉLÉPHONES DES PARENTS OU TUTEURS EN CAS D'URGENCE**

| QUI AVERTIR ? | NOM | TÉLÉPHONE-MAISON | TÉLÉPHONE-TRAVAIL |
|---|---|---|---|
| PÈRE (OU) | | | |
| MÈRE (OU) | | | |
| AUTRE | | | |
| AUTRE | | | |

**AFFECTIONS ET MALADIES**

| | |
|---|---|
| Bronchite | |
| Énurésie | |
| Otite | |
| Diabète | |
| Hyperactivité | |
| Hyperventilation | |
| Saignement de nez | |
| Somnambulisme | |
| Asthme | |
| Épilepsie | |
| Migraine | |

**ALLERGIES**

| | |
|---|---|
| Pénicilline ou médicaments | |
| Fièvre des foins | |
| Piqûres d'insectes | |
| Aliments (lesquels) | |
| Animaux (lesquels) | |

**VACCINATIONS**

| | |
|---|---|
| Rougeole<br>Oreillons<br>Rubéole | date:<br>date:<br>date: |
| Polio | date: |
| DPT (Tétanos) | date: |

**PROBLÈMES PARTICULIERS:** (spécifiez) Comportements ? Activités ? Alimentation ? Prothèses ? Opérations importantes ? etc.

**FILLES:**

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| Menstruations ? | ◯ | ◯ |
| Est-elle renseignée ? | ◯ | ◯ |

**EN CAS DE MAL DE TÊTE OU MALAISE, J'AUTORISE LE RESPONSABLE À FAIRE PRENDRE À MON ENFANT UN COMPRIMÉ DE:**

◯ **Tylénol** ou ◯ **Aspirine** ou ◯ **Advil**

**Signature du parent:** _____

**Le professeur responsable peut fournir à mon enfant (s'il en manque):**

**Crème solaire** ◯

**Chasse-moustiques** ◯

**Signature:**_____

| **Médicament:**<br>**Posologie:** | Pour quel malaise ? | Le prend-il lui-même ?<br>OUI ◯ NON ◯ |
|---|---|---|

| **DOSE D'ADRÉNALINE:** OUI ◯ | **ADMINISTRÉ PAR:**<br>**Adulte**<br>**Enfant** |
|---|---|
| POSOLOGIE | **J'autorise les personnes désignées par l'école à administrer, selon le besoin ou en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.**<br>_____<br>**Signature du parent** |

**AUTORISATION POUR LES CAS D'URGENCE MÉDICALE:**

**Toutes décisions quant aux soins médicaux prodigués à mon enfant me seront communiquées dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon accord. Dans l'éventualité où il serait impossible pour le responsable de me rejoindre, je l'autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence, j'autorise le médecin choisi par le responsible du groupe école, à effectuer tout traitement, incluant une anesthésie, une opération, une hospitalisation ou autre dans le but de soigner et de sauver la vie de mon enfant.**

**Date:** _____

**Signature du parent:**_____

***Confidentiel***