



# FICHE MÉDICALE – ENFANT 2011-2012

## Loisirs Renaud/Coursol

### COORDONNÉES DU CANDIDAT

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Ville :	Code postal :
Numéro d'assurance maladie :	Date d'expiration (MM/AAAA) :	

### ACTIVITÉ

Année :	Session automne <input type="checkbox"/>	Session hiver <input type="checkbox"/>	Session printemps <input type="checkbox"/>	Titre du cours :	Jour :	Heure :
---------	--	--	--	------------------	--------	---------

#### A) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1) Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_  
Tél. résidence : ( ) \_\_\_\_\_ travail ( ) \_\_\_\_\_ cell ( ) \_\_\_\_\_

2) Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_  
Tél. résidence : ( ) \_\_\_\_\_ travail ( ) \_\_\_\_\_ cell ( ) \_\_\_\_\_

#### B) ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Asthme \_\_\_\_\_ Épilepsie \_\_\_\_\_ Diabète \_\_\_\_\_ Autres (précisez) \_\_\_\_\_

#### C) ALLERGIE(S)

Décrivez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?  
Enfant lui-même \_\_\_\_\_ Moniteur de l'enfant \_\_\_\_\_ Toute personne adulte responsable \_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

#### D) MÉDICAMENT(S)

Votre enfant prend-il des médicaments durant les heures d'activités? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer le médicament et selon quelle posologie?  
Enfant lui-même \_\_\_\_\_ Moniteur de l'enfant \_\_\_\_\_ Toute personne adulte responsable \_\_\_\_\_

Médicaments : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

#### E) COMPORTEMENT

Votre enfant présente-t-il des problèmes nécessitant une attention particulière (crainte, divorce récent, hyperactivité, agressivité, etc.)? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

Restrictions pour certaines activités : \_\_\_\_\_

#### F) AUTORISATION

**J'autorise le personnel aquatique à prodiguer à mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires. Si son état l'exige, j'autorise également le transport par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de joindre une des personnes ci haut mentionnées, j'autorise le médecin choisi par les autorités à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.**

**Je m'engage à payer les frais de transport par ambulance et de médecin en cas d'accident.**

Nom du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du tuteur : \_\_\_\_\_

Cette fiche, dûment complétée, doit être remise au moniteur de l'élève lors de la première journée d'activité