



Fiche médicale

(Svp, écrire en lettres moulées)

Fiche Médicale

Nom du candidat _____

No. d'assurance maladie _____ Exp.: _____ Sexe : M F

Médication

Faite la liste des médicaments que vous prenez occasionnellement ou régulièrement.

Médicament : _____ Posologie : _____ Heure : _____

Médicament : _____ Posologie : _____ Heure : _____

Médicament : _____ Posologie : _____ Heure : _____

Allergies

Indiquez si vous avez des allergies ou restrictions alimentaire.

Prenez-vous de l'Epipen ou autre dose d'adrénaline pour vos allergies? _____

Restrictions

Avez-vous des limites physiques qui pourraient vous restreindre dans l'exécution de travaux au Camp? Si oui, veuillez décrire :

En cas d'Urgence

Responsable no1	Lien	Tel. Maison	Tel. Cell.
Responsable no2	Lien	Tel. Maison	Tel. Cell.

À remplir par le parent ou tuteur (si plus de 18 ans, remplir soi-même)

J'autorise la direction du camp à faire pratiquer toutes les interventions d'urgences.

Signature : _____ Date : _____

J'autorise également la direction du Camp Pénier, à administrer les médicaments sans

ordonnances suivant : Tylenol Initiales____ Benadryl Initiales____ Advil Initiales____

Polysporin Initiales____ Autre(s) _____ Initiales____

À ma connaissance, toutes les informations contenues dans ce formulaire médical sont vraies et complètes.

Signature du candidat: _____ Date : _____ / _____ /2016