



- Veuillez vous assurer que le campeur ait la quantité suffisante de médicaments pour TOUT le séjour.
- S'il advient un changement de prescription ou de posologie, aviser le camp le plus tôt possible.
- Nous demandons que les médicaments soient placés dans un pilulier.

**Particularités médicales** (cocher si la particularité est présente)

Particularités	✓	Particularités	✓
Constipation		Maladie de la peau	
Incontinence		Manque d'appétit	
Indigestion		Troubles des yeux	
Insomnie		Troubles urinaires	
Maladie du cœur		Autre : _____	

\* Assurez-vous d'inclure tous les médicaments nécessaires à l'état de la personne.  
(ex. : Mettre les médicaments pour la constipation.)

**Souffre-t-il (elle) ?**

Asthme : oui \_\_\_ non \_\_\_ Chronique \_\_\_ Allergique \_\_\_

Se manifeste comment : \_\_\_\_\_

Migraines : oui \_\_\_ non \_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Se manifeste comment : \_\_\_\_\_

Diarrhée : oui \_\_\_ non \_\_\_

Fréquence : \_\_\_\_\_

Diabète : oui \_\_\_ non \_\_\_ Si oui, diète particulière : \_\_\_\_\_

**Épilepsie** : oui \_\_\_ non \_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Se manifeste comment : \_\_\_\_\_

**Épilepsie atonique** (aussi appelée **crise de chute**) : oui \_\_\_ non \_\_\_

Si oui, le **port d'un casque protecteur** est **OBLIGATOIRE** (à cause d'une perte subite du tonus musculaire)

Autres, précisez : \_\_\_\_\_

Concernant ces maladies ou affections, donnez-nous les renseignements importants :

---

---

---

---

---

**Allergies** (Inclure 2 photos de la personne si elle a des allergies alimentaires et/ou des allergies pouvant être dangereuses pour sa vie)

**Souffre-t-il (elle) d'allergies ou d'intolérance alimentaire?**

Fièvre des foins : oui \_\_\_ non \_\_\_

Herbes à puce : oui \_\_\_ non \_\_\_

Piqûres d'insectes : oui \_\_\_ non \_\_\_ précisez : \_\_\_\_\_

Animaux : oui \_\_\_ non \_\_\_

Pénicilline : oui \_\_\_ non \_\_\_

Autres médicaments (précisez) : \_\_\_\_\_

Se manifeste comment : \_\_\_\_\_

Allergies alimentaires (précisez) : \_\_\_\_\_

Se manifeste comment : \_\_\_\_\_

Intolérance alimentaire (précisez) : \_\_\_\_\_

Se manifeste comment : \_\_\_\_\_

Autres, précisez : \_\_\_\_\_

**À signer si la personne inscrite a une dose d'adrénaline**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin et en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à la personne que j'inscris au camp \_\_\_\_\_.

Signature de la personne responsable : \_\_\_\_\_

A-t-il (elle) déjà subi des blessures graves : oui \_\_\_ non \_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Décrire : \_\_\_\_\_

A-t-il (elle) chuté au cours de la dernière année : oui \_\_\_ non \_\_\_

Combien de fois : \_\_\_\_\_

A-t-il (elle) chuté : en marchant \_\_\_ d'un fauteuil/chaise \_\_\_ du lit \_\_\_

Raison : \_\_\_\_\_

A-t-il (elle) déjà subi une intervention chirurgicale : oui \_\_\_ non \_\_\_

Si oui, date : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

Résultat : \_\_\_\_\_

Souffre-t-il (elle) d'une maladie chronique ou récurrente : oui \_\_\_ non \_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Décrire : \_\_\_\_\_

### **Vaccins**

<b>Vaccins</b>	<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Dates</b>
<b>Tétanos</b>			
<b>Hépatite B</b>			

### **Autorisation**

En signant la présente, j'autorise la direction de Camp de Rivière-Ouelle Inc. (Camp Canawish) à prodiguer tous les soins médicaux nécessaires de même que l'administration de toutes formes de médicaments avec ou sans prescription (notamment la médication en vente libre). Si « Camp de Rivière-Ouelle Inc. » (Camp Canawish) le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, dans l'impossibilité de joindre la personne responsable mentionnée ci-dessous, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer, à la personne que j'inscris et séjournant à ce camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris mais non limité à la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Personne responsable (Caractère d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature de la personne responsable : \_\_\_\_\_

Famille d'accueil (Caractère d'imprimerie) : \_\_\_\_\_

Signature du représentant de la famille d'accueil : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_