

- 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

Vaccins	Oui	Non	Dates
Tétanos			
Hépatite 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 : _____