



Maison des jeunes de Bouckerville



Fiche médicale

Les renseignements que vous donnez sont importants afin d'assurer une protection adéquate à toute personne pendant une activité.

Il est important de bien remplir ce questionnaire, car il servira de référence, en cas d'urgence.

Nom :	
Prénom :	
Adresse :	
Date de naissance :	
Numéro de téléphone :	
no. de carte accès :	
no. assurance maladie:	
Date d'expiration assurance maladie :	
Nom et no. de police d'assurance (si activité à l'extérieur du Québec)	
Nom du père :	
Numéro téléphone :	
Cellulaire :	
Nom de la mère :	
Numéro téléphone :	
Cellulaire :	
Nom et téléphone du médecin (au besoin):	

En cas d'urgence, avertir:	
lien avec le jeune:	
Maison:	
Travail:	
Cellulaire :	
Autres:	

Votre enfant a-t-il:	
déjà subi un accident?	
été hospitalisé?	
subi une opération?	
Mentionner le nom de l'hôpital:	
la raison:	

État de santé actuel:

Votre enfant souffre-t-il de : (s.v.p. cochez)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Essoufflement | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Douleur à la poitrine |
| <input type="checkbox"/> Perte de conscience | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Toux |
| <input type="checkbox"/> Maux de tête | <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> Troubles urinaires |
| <input type="checkbox"/> Cauchemars | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Troubles menstruels |
| <input type="checkbox"/> Trouble de la vue | <input type="checkbox"/> Indigestion | <input type="checkbox"/> Rhumatisme |
| <input type="checkbox"/> Maladie de la peau | <input type="checkbox"/> Fatigue inhabituelle | <input type="checkbox"/> Amygdalite |
| <input type="checkbox"/> Trouble de l'appétit | <input type="checkbox"/> Somnambulisme | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Remarques et explications, si nécessaire :

Indiquez le nom et la posologie de tous médicaments à prendre durant le camp :

Signature des parents ou tuteur (trice) _____

Date : _____