

S.V.P. À remplir et à remettre avec l'inscription

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de carte d'assurance maladie : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Âge : _____

Nom du parent/tuteur : _____ Prénom : _____

Téléphone (rés.) : _____ (bur.) : _____

Téléphone urgence : _____ Cellulaire : _____

Autre personne à contacter en cas d'urgence (**autre que les parents**)

Nom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone : _____

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert d'un des problèmes suivants :

Problèmes neurologiques

	Oui	Non
Convulsions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fréquence : _____		

Autres : _____

Problèmes cardiaques Oui Non

Détails : _____

Problèmes respiratoires

Souffre-t-il d'asthme? Oui Non

Autres (spécifiez) : _____

A-t-il un handicap susceptible de restreindre ses activités?

Si oui, lequel? _____

Souffre-t-il d'allergies?

Aux médicaments, lesquels : _____

Aux aliments, lesquels : _____

Autres allergies : _____

A-t-il besoin d'une diète spéciale?

Si oui, laquelle : _____

Oui **Non**

A-t-il subi des opérations dans les 5 dernières années?

Si oui, lesquelles? _____ Date : _____

_____ Date : _____

_____ Date : _____

Votre enfant a-t-il besoin d'une veste de flottaison lors de la baignade?

Médicaments

Doit-il prendre des médicaments?

Si oui, lesquels? **Complétez le tableau :**

Nom du médicament	Dose	Intervalle entre les doses	Problème de santé relié au médicament	Période Du au

Si oui, prend-il ses médicaments lui-même?

Si non, nous autorisez-vous à les lui administrer?

J'autorise, le cas échéant, les animateurs Débrouillards à poser les gestes nécessaires afin que soient dispensés tous les soins nécessaires par les autorités médicales compétentes. J'autorise « Les animateurs » à transporter mon enfant, le cas échéant, par ambulance ou autrement vers un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par « Les animateurs » à prodiguer à mon enfant participant au camp du Club des Débrouillards les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Prénom et nom de l'enfant _____

Prénom et nom du parent ou du tuteur (lettres moulées) _____

Signature du parent ou du tuteur

Date (jj/mm/aa)

Pour des informations supplémentaires ou des précisions,
 Responsable de l'administration, Boite à science, 418 658-1426, poste 221
 Courriel : administration@boiteascience.com
www.boiteascience.com

