FICHE SANTÉ

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE (Obligatoire) NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE EXPIRATION

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE (veuillez inscrire minimalement le nom de la mère et/ou du père + une autre personne)

MÈRE

NOM ET PRÉNOM | LIEN AVEC L'ENFANT | TÉL. RÉSIDENCE | TÉL. BUREAU | CELLULAIRE

ADRESSE COURRIEL **NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (Obligatoire)**

PÈRE

NOM ET PRÉNOM | LIEN AVEC L'ENFANT | TÉL. RÉSIDENCE | TÉL. BUREAU | CELLULAIRE

ADRESSE COURRIEL **NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE (Obligatoire)**

NOM ET PRÉNOM | LIEN AVEC L'ENFANT | TÉL. RÉSIDENCE | TÉL. BUREAU | CELLULAIRE

AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

☐ Autorisé à quitter l'école de danse seul
☐ **N'est pas** autorisé à quitter l'école de danse seul*
*Inscrire le nom des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (autre qu'un parent) :
_____

SÉCURITÉ AQUATIQUE

☐ Nage seul ☐ Nage avec des flotteurs ☐ Nage avec un ballon ☐ Ne sait pas nager
☐ Autres, précisez : _____

Note : votre enfant devra apporter avec lui son matériel aquatique à tous les jours de camp

AUTORISATION MÉDICALE

« J'autorise les personnes responsables de l'École de danse Nadia Desgagnés à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc. »

_____ _____
SIGNATURE DU PÈRE OU DE LA MÈRE OU (TUTEUR) DATE

ALLERGIES

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES ? Si oui, précisez : _____
VOTRE ENFANT POSSÈDE-T-IL UN SYSTÈME D'INJECTION D'ADRÉNALINE PRESCRIT PAR UN MEDECIN EN CAS D'URGENCE (ÉPIPEN OU AUTRES)?. ☐ OUI ☐ NON

RECOMMANDATIONS SPÉCIALES ET AUTRES ÉLÉMENTS DE NATURE MÉDICALE DONT VOUS DÉSIREZ NOUS FAIRE PART :