

**FICHE SANTÉ ET AUTORISATIONS PARENTALES**  
 (Cette feuille doit être imprimée recto-verso)

Nom de l'école :	Date du séjour :
------------------	------------------

**Identification de l'enfant**

Nom de famille :		Prénom :	
Adresse :			
Date de naissance :		Degré scolaire :	
Genre :	No d'assurance maladie :	Date d'expiration :	
Nom du père :		Tél. rés :	
		Tél. bureau :	
		Autre numéro :	
Nom de la mère :		Tél. rés :	
		Tél. bureau :	
		Autre numéro :	
<b>En cas d'urgence et en l'absence des parents, veuillez indiquer le nom d'une personne à contacter</b>			
Nom :		Tél. rés :	
		Tél. bureau :	
		Autre numéro :	
Lien avec l'enfant :			

**Si votre enfant souffre de problèmes de santé, veuillez en indiquer la nature**

Cochez	Maladies, handicaps ou autre	Précisions
<input type="checkbox"/>	Asthme	
<input type="checkbox"/>	Autisme	
<input type="checkbox"/>	Diabète	
<input type="checkbox"/>	Énurésie	
<input type="checkbox"/>	Épilepsie	
<input type="checkbox"/>	Handicap visuel	
<input type="checkbox"/>	Handicap auditif	
<input type="checkbox"/>	Handicap intellectuel	
<input type="checkbox"/>	Handicap moteur	
<input type="checkbox"/>	Somnambulisme	
<input type="checkbox"/>	TDAH	
<input type="checkbox"/>	TED	
<input type="checkbox"/>	Autre	

**Si votre enfant souffre d'allergie, veuillez en indiquer la nature ainsi que les réactions observées**

Type d'allergies	Description des réactions

## Recommandations particulières

**Si votre enfant doit prendre des médicaments pendant le séjour, veuillez remplir le formulaire d'administration des médicaments ci-joint.**

### Autorisations

Veuillez apposer vos initiales à chacune des clauses et signer l'autorisation.

1. Je, soussigné(e), déclare être titulaire de l'autorité parentale de l'enfant mentionné. Je demande à l'enseignant ou à toute autre personne désignée par lui de me contacter au numéro de téléphone ci-haut mentionné advenant que l'enfant soit blessé ou malade et que cela nécessite l'intervention du médecin. Initiales \_\_\_\_\_
2. Je l'autorise, s'il le juge nécessaire, à confier l'enfant sans délai à un médecin, un hôpital ou un CLSC de son choix et à signer tous les documents requis par les autorités médicales pour que l'enfant soit l'objet des soins nécessaires à son état. Il va sans dire que les frais de transport pour se rendre à l'hôpital, au CLSC ou au domicile seront à ma charge. Cela inclut un éventuel transport ambulancier. Initiales : \_\_\_\_\_
3. J'autorise par la présente le médecin, l'hôpital ou le CLSC à prodiguer à l'enfant les soins requis, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitement ou de toute intervention. Initiales : \_\_\_\_\_
4. J'autorise le personnel du camp à administrer à mon enfant en cas de besoin un ou plusieurs médicaments en vente libre, tels que : analgésique-anti-pyrétique (acétaminophène), anti-inflammatoire (ibuprofène ou autre), sirop anti-tussif ou expectorant (type dextrométhorphan-guaifénasime), pastilles pour la toux et le mal de gorge (fisherman's friend, cépacol, etc.), antidiarhéique (loperamide), sels réhydratants (gastrolyte), sirop pour constipation occasionnelle (type lactulose), anti-nauséeux (type dimenhydrinate), anti-histaminique (type loratadine, diphenhydramine, etc.), onguent antibiotique (type bactroban, fucidin, etc.), corticoïde topique faible puissance (type cortate), antihistaminique topique (type bédryl), anti-parasitose (nix, resultz), solarcaïne, onguent vaseline, crème anti prurit type calamine, crème pour douleurs musculaire type antiphlogistine, désinfectant plaie (chlorhexidine, proviodine), pâte d'ihle. Initiales : \_\_\_\_\_
5. J'autorise la divulgation des renseignements contenus dans ce document à l'infirmière du camp ou au médecin, sur demande verbale de l'enseignant ou d'une personne désignée par lui. Initiales : \_\_\_\_\_
6. Je m'engage à entrer en communication sans délai avec les autorités médicales à qui sera confié l'enfant, sur demande verbale de l'enseignant ou d'une personne désignée par lui. Initiales : \_\_\_\_\_
7. Je soussigné(e), reconnais que les Camps de vacances Odyssée, l'Association des camps du Québec ou ses mandataires pourront prendre des photographies ou enregistrer des films sur lesquels mon enfant pourrait figurer. Je les autorise à utiliser son image, sa ressemblance ou sa voix à des fins publicitaires, dans les médias tels que revues, brochures, journaux, télévision, etc. Il est expressément entendu que son nom ne pourra être utilisé. Tout le matériel demeurera la propriété des Camps de vacances Odyssée. Initiales : \_\_\_\_\_

En foi de quoi, j'ai signé le :

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale