



## FICHE MÉDICALE

**IMPORTANT** Merci de nous retourner cette fiche dûment complétée au Domaine Sam-Calm.  
Ces informations nous sont très importantes et nécessaires en cas d'urgence.

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_ Date du séjour du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
j m année j m année

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ date d'expiration : \_\_\_\_/\_\_\_\_

L'enfant demeure-t-il avec ses 2 parents? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si non, veuillez indiquer avec qui : Mère \_\_\_\_\_ Père \_\_\_\_\_ Garde partagée \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_ Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Père # tél. rés : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

Mère # tél. rés : \_\_\_\_\_ Tél. bureau : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Votre enfant :

Fait-il des allergies? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Fait-il de l'asthme? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Prend-t-il des médicaments? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Si oui lesquels : 1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_

Souffre-t-il de déficit d'attention? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Mouille-t-il son lit Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

Demande-t-il une attention spéciale Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_ nuit \_\_\_\_

Si vous avez répondu oui à l'une de ces questions, veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pouvant aider les responsables à assurer un séjour agréable à votre enfant.

Informations supplémentaires au verso : Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_

### AUTORISATIONS

J'autorise si nécessaire de donner à mon enfant les médicaments suivants: (SVP apposer vos initiales)

Tylenol x \_\_\_\_\_ Benadryl x \_\_\_\_\_ Advil x \_\_\_\_\_ Autres x \_\_\_\_\_

J'autorise la direction à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toutes les interventions d'urgence suivant les directives du médecin : **Si une blessure nécessite un transport en ambulance ou si une maladie ou une blessure exige des soins un ou des médicaments sous prescription d'un médecin, les frais seront facturés aux parents. Initiales : X** \_\_\_\_\_

En cas d'urgence prévenir et/ou autorise à venir chercher mon enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ # téléphone : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ # téléphone : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) père, mère, tuteur : X \_\_\_\_\_ date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2017\_