



CAMP DE JOUR ÉTÉ 2016
FICHE DE SANTÉ
SAINT-PAUL- D'ABBOTSFORD



**Saint-Paul
d'Abbotsford**

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : M F âge : _____ Date de naissance : _____ (année/mois/jour)

No d'assurance-maladie : _____ Exp : _____

Nom, prénom (**mère**) : _____

No de téléphone : Résidence _____ travail : _____ cell : _____

Nom, prénom (**père**) : _____

No de téléphone : Résidence _____ travail : _____ cell : _____

EN CAS D'URGENCE : (autre que les parents)

Nom, Prénom : _____ lien : _____

No de téléphone : _____ ou _____

Nom, Prénom : _____ lien : _____

No de téléphone : _____ ou _____

À la fin de la journée mon enfant repartira :

Seul Avec la mère Avec le père Autres : _____

Pour la sécurité de vos enfants, un mot de passe sera demandé à la personne qui quittera avec vos enfants à la fin de la journée MOT DE PASSE : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ, DES ALLERGIES, OU DES BESOINS PARTICULIERS ?

Si oui, lesquels : _____

TDA TDAH TSA TROUBLE DE COMPORTEMENT AUTRE : _____

Médicaments à prendre au camp : _____

Mon enfant sait nager : Oui Non Avec flotteur

En cas d'urgence, j'autorise les camps AES à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien être de mon enfant

Oui Non Initiales : _____

J'affirme avoir pris connaissance que les gestionnaires de camps prévoient un remboursement pour **causes médicales seulement** (certificat médical à l'appui). Les remboursements seront faits en septembre 2016. Aucun remboursement ne sera fait après la date de l'activité pour une sortie manquée ou pour une suspension.

Oui Non Initiales : _____

J'atteste que tous les renseignements sont véridiques et que je n'ai fait aucune omission en ce qui a trait aux besoins particuliers et/ou incapacités de mon enfant. Dans le cas contraire, je comprends que GVL Inc. pourrait retirer mon enfant du camp pour sa propre sécurité et celle des autres participants.

Oui Non Initiales : _____

Les gestionnaires de camps ne pourront être tenus responsables si des événements sont causés par des informations manquantes sur cette fiche. (Maladies, incapacités ou allergies)

NOM EN LETTRE MOULÉE

SIGNATURE

DATE