

FICHE SANTÉ DE L'ENFANT

(aussi disponible à peps.ulaval.ca)

Nom de l'enfant : _____

N° d'ass. maladie : _____

Parents ou tuteurs à contacter en cas d'urgence :

1 - _____

Tél. (rés.) : _____ (bur.) : _____

2 - _____

Tél. (rés.) : _____ (bur.) : _____

Médecin traitant : _____

Les moniteurs en chef ont reçu leur formation en premiers soins (EPIPEN).
Un étudiant-soigneur (physiothérapie) est présent chaque jour.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Répondre à chacune des questions et précisez s'il y a lieu.

L'enfant a-t-il déjà :

subi une fracture, une luxation ou une entorse ?

Oui Non Précisez : _____

ressenti des troubles respiratoires associés à l'effort ?

Oui Non Précisez : _____

perdu connaissance, ressenti des étourdissements
ou des douleurs thoraciques ?

Oui Non Précisez : _____

souffert de problèmes reliés à la chaleur ?

Oui Non Précisez : _____

Été diagnostiqué pour une maladie chronique ou récurrente ?

Oui Non Précisez : _____

L'enfant prend-il un ou des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels, et quelle en est la posologie ?

1 - Médicament : _____

Posologie : _____

2 - Médicament : _____

Posologie : _____

3 - Médicament : _____

Posologie : _____

L'enfant est-il apte à prendre lui-même ses médicaments ?

Oui Non



L'enfant souffre-t-il de troubles de comportement ?

Oui Non

Est-il contrôlé avec des médicaments ?

Oui Non

L'enfant souffre-t-il d'allergies ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

Alimentaires: arachides Oui Non
noix et autres Oui Non
produits laitiers Oui Non
autres: _____

Végétales piqûre d'insectes Oui Non
ou animales: autres: _____

L'enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies ?

Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament ?

- l'enfant lui-même le personnel à la santé
 le parent toute personne adulte responsable
 le moniteur

AUTORISATION MÉDICALE

En signant la présente, j'autorise le Service des activités sportives (SAS) à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge pertinent, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, d'il est impossible de joindre un parent ou un tuteur, j'autorise le médecin choisi par les autorités du SAS à prodiguer à mon enfant inscrit dans un camp, tout les soins médicaux requis par son état, y compris l'hospitalisation, des injections, l'anesthésie et la pratique d'une intervention chirurgicale.

AUTRE AUTORISATION

De plus, j'accepte que mon enfant soit photographié et que ces photos servent à des fins de promotion des Camps sports du PEPS.

Oui Non

Nom et prénom du parent ou du tuteur (en caractères d'imprimerie)

Signature du parent ou du tuteur

Date
