



FORMULAIRE DE SANTÉ

Enfant Prénom : _____ Nom : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Père Prénom : _____ Nom : _____

Tél. résidence : (____) _____ - _____ Travail : (____) _____ - _____ poste _____

Mère Prénom : _____ Nom : _____

Tél. résidence : (____) _____ - _____ Travail : (____) _____ - _____ poste _____

Personnes à joindre en cas d'absence des parents

Prénom : _____ Nom : _____

Tél. résidence : (____) _____ - _____ Travail : (____) _____ - _____ poste _____

Prénom : _____ Nom : _____

Tél. résidence : (____) _____ - _____ Travail : (____) _____ - _____ poste _____

Questionnaire médical

Votre enfant souffre-t-il de maladie(s) particulière(s) ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier ? oui non

Si oui, lequel ? _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergie(s) ou d'intolérance(s) ? oui non

Si oui, laquelle ? _____

Est-ce votre enfant possède une médication (ou un autre élément de nature médicale) prescrite par un médecin (Épipen ou autres) ? oui non

Si oui, vous devez prévoir un contenant portable que votre enfant aura sur lui ou qui lui sera facilement accessible en tout temps.

Restrictions particulières ou autres informations pertinentes _____

Autorisation

J'autorise la direction du Camp de jour du Collège de Lévis à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant en cas d'urgence et je demande à en être averti le plus tôt possible.

Signature : _____ **Date :** _____