

Explorateurs

INFORMATION MÉDICALE

ÉCRIRE LISIBLEMENT

1. IDENTIFICATION

Nom de famille du campeur: _____ Prénom: _____

Adresse: _____ Téléphone: (____) _____

Âge: _____ Sexe: M F Date de naissance _____ (J/M/A)

Religion: _____ Directeur du club: _____

Pasteur: _____

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

2. HISTORIQUE MÉDICAL

Trouble cardiaque Oui No Trouble pulmonaire Oui No

Diabétique Oui No Asthme Oui No

Hémophilie Oui No Autres maladies: _____

Allergies Oui No Veuillez spécifier: _____

Nourriture: _____

Produits laitiers: _____

Médicaments: _____

Prenez-vous présentement des médicaments: Oui No

Si oui, spécifiez lesquels: _____

Date de la dernière injection de tétanos: _____

Date de rappel de l'immunisation à la polio: _____

Faites la liste des activités que vous ne pouvez faire à cause de raisons médicales (Expliquer): _____

En cas d'accident, avertir: _____
(Parent/Tuteur)

Adresse à la maison: _____ Téléphone: (____) _____

Adresse au travail: _____ Téléphone: (____) _____

Si pas disponible, avertir: _____ Téléphone: (____) _____

Adresse: _____

MÉDECIN DE FAMILLE:

Nom: _____ Téléphone: (____) _____

Adresse: _____ Numéro à l'hôpital: (____) _____

AUTORISATION DES PARENTS

Cet historique de santé est exact pour autant que je le sache, et la personne ici décrite a la permission de participer à toutes les activités prescrites, excepter celle que j'ai mentionnée. Au cas où je ne puis être rejoint lors d'une urgence, je donne par la présente, la permission au médecin, choisit par un adulte en charge, d'hospitaliser, assurer la bonne anesthésie, ou commander l'injection, le traitement ou la chirurgie pour mon enfant. Une photocopie de ceci sera aussi valable que l'original.

Signature: _____ Date: _____
(Parent ou tuteur)

Des suggestions supplémentaires venant des parents: _____

Veuillez remplir deux (2) formulaire originaux pour chaque campeur.

Toutes les informations sont strictement confidentielles.