

WILVAKEN

FORMULAIRE DE SANTÉ PERSONNELLE

L'examen médical devra se faire avant la date d'arrivée à Wilvaken si votre enfant souffre d'une maladie chronique ou allergie ou reçoit le traitement médical.

Afin de nous aider à prendre soin de votre enfant, s'il vous plaît nous aviser par note attaché, s'il y a eu de changement récent dans la famille (divorce, mortalité, etc.) dont on devrait être au courant. SVP expliquez clairement, et nous indiquer le tuteur légal de l'enfant.

Veillez retourner le formulaire dûment rempli par la poste à Wilvaken: CP 741, Hudson Heights, QC J0P 1J0 avant le 15 juin ou 241 ch. Willis, Magog PQ, J1X 3W2 pour le 15 juin ou avant le commencement de son séjour. Les renseignements ci-inclus serviront à établir les soins appropriés de santé du participant(e) et ce, à la discrétion du directeur ou de l'infirmière du camp.

© © ÉCRIRE EN LETTRE MOULÉES S.V.P. © ©

I. A compléter par le parent ou le tuteur.

Période de l'inscription DE _____ AU _____

Nom _____ Sexe _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM M / F


Date de Naissance ____/____/____ Taille ____ Poids ____ No. d'ass. maladie ____/____
ANNÉE MOIS JOUR DATE EXP.

Adresse _____
RUE & No. NO. APP. NO. C.P. / NO. R.R.

VILLE PROVINCE PAYS CODE POSTAL

Mère _____ Nom de fille _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM

Père _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM

 Mère: (____) _____ (____) _____ (____) _____ (____) _____
RÉSIDENCE L'ÉTÉ CELLULAIRE D'AFFAIRES

Père: (____) _____ (____) _____ (____) _____ (____) _____
RÉSIDENCE L'ÉTÉ CELLULAIRE D'AFFAIRES


Si non disponible en cas d'urgence, communiquez avec:

1. _____  (____) _____ (____) _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM RÉSIDENCE D'AFFAIRES

RUE & NO APP/C.P./R.R. VILLE PAYS CODE POSTAL CELLULAIRE

2. _____  (____) _____ (____) _____
NOM DE FAMILLE PRÉNOM RÉSIDENCE D'AFFAIRES

RUE & NO APP/C.P./R.R. VILLE PAYS CODE POSTAL CELLULAIRE

Nom du Médecin de Famille _____  (____) _____

AUTORISATION DU PARENT

IMPORTANT Cette autorisation *doit être remplie* par le parent ou le tuteur.

La personne nommée ci-haut a la permission de participer à toutes les activités du camp à l'exception de _____ tel qu'indiqué par le médecin et moi-même.

Par la présente, j'autorise le médecin choisi par le directeur du camp à faire les examens, traitements, et radiographies de routine pour la santé de mon enfant. S'il n'est pas possible de me rejoindre en cas d'urgence, j'autorise le médecin choisi par le directeur du camp de prescrire tout traitement médical et/ou chirurgical nécessaire, pour mon enfant. J'accepte la responsabilité financière au-delà des bénéfices prévus par l'assurance-maladie provinciale ou tout autre plan d'assurance maladie.

Je donne la permission au personne en charge de l'infirmierie du camp d'administrer médicaments acheté au comptoir de pharmacie si nécessaire.

Je suis au courant et je comprends que Wilvaken fait de son mieux pour protéger contre le contact avec les arachides et autres produits concernant des allergies pour lesquelles j'ai déjà averti à l'avance et à l'écrit. Je sais que Wilvaken n'est pas un environnement sans arachides.

Pour autant que je sache, les renseignements donnés sur les antécédents médicaux de mon enfant sont exacts.

Signature _____ Date _____

II. Histoire Médicale – A être remplie par un parent ou tuteur.

IMPORTANT- Prière d'avertir le camp si le campeur a été exposé à toute maladie contagieuse dans les 3 semaines précédant son entrée au camp.

Cette personne souffre-t-elle d'un ou des trouble(s) suivant(s)?			A t'elle / il eu?			Reçu vaccin?:		
	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
MAUX-DE TÊTE			ROUGEOLE					
URINE AU LIT			COQUELUCHE					
SOMNAMBULISME			OREILLONS					
CAUCHEMARS			RUBÉOLE					
MAL DE MER			VARICELLE					
EPILEPSIE/CONVULSION								
ASTHMA			Date du dernier vaccin anti-tétanique					

Maladie chronique/récurrentes _____ Allergies (spécifiez) _____

Est-ce que votre enfant garde un Epi-pen? OUI / NON SI OUI, Est-ce-que vous donnez la permission au camp d'administrer ce médicament en cas d'urgence? OUI / NON svp Signez _____

Est-ce-que votre enfant est végétarien OUI / NON *Wilvaken servira des repas végétariens aux campeurs qui sont végétariens en tous temps. Être végétarien veut bien dire pas de viande mais ça permet toute autre nourriture.*

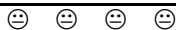
D'autre besoin diétetic? _____

Port de lunettes: OUI / NON Lentilles cornéennes: OUI / NON Appareil d'orthodonties: OUI / NON

Pour filles:
 Est-elle menstruée: OUI / NON Si OUI , a-t-elle une complication: OUI / NON _____
 Si NON, a-t-elle été informée: OUI / NON

Autre problèmes physiques ou émotifs importants à connaître votre enfant. Si oui, spécifiez s.v.p par note attaché _____

LISTE LES MÉDICAMENTS QUI SONT BESOIN MAINTENANT		
MÉDICAMENT	POSOLOGIE	FRÉQUENCE



III. Examen Médical À rempli par un médecin s'il y a de maladie chronique, allergie ou traitements en cours. La personne inscrite ci-haut veut participer à un programme de colonie de vacances, ce qui comprend diverses activités telles que du canot, de l'équitation, de la natation de la voile, des excursions de camping, etc. L'examen vise à déterminer si cette personne est physiquement apte à y participer.

EXAMEN PHYSICAL						
	NORMAL	ANORMAL		NORMAL	ANORMAL	
YEUX				ABDOMEN		
OREILLES				COL. VERT		
NEZ				REFLEXES		
GORGE				PEAU		
POUMONS				PIEDS		
COEUR						

PRÉCISEZ LES RÉSULTATS ANORMAUX/APPRÉCIATION GÉNÉRALE _____

Recommandations et/ou restrictions _____

J'ai examiné la personne ci-haut mentionnée. D'après moi, il/elle est en mesure de participer aux activités du camp d'été
 SANS RESTRICTIONS AVEC RESTRICTIONS ENONCÉE(S) CI-HAUT

DATE _____

NOM DU MÉDECIN EXAMINATEUR _____

SIGNATURE DU MÉDECIN EXAMINATEUR _____

ADRESSE _____

() _____
 TÉLÉPHONE