

NOM DE L'ÉCOLE : \_\_\_\_\_ Degré : \_\_\_\_\_

DATE DU SÉJOUR : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Âge: \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Adresse de l'enfant : \_\_\_\_\_

Noms des parents ou tuteurs :

1) \_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

Tél. résidence : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. cellulaire : \_\_\_\_\_

Coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence (autre que les parents ou tuteurs) :

1) \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

## DONNÉES MÉDICALES

		OUI	NON
<b>Allergies :</b>	Alimentaires (précisez : _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autres : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Médicaments :</b>	Votre enfant doit-il prendre des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, précisez : _____ Posologie : _____		
	Votre enfant souffre-t-il :		
	Asthme <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Énurésie nocturne <input type="checkbox"/> Autres : _____		
<b>Physiques :</b>	Trouble de comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trouble envahissant du développement (autisme ou autres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Activités :</b>	Votre enfant a-t-il des restrictions au niveau de l'activité physique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Si oui, précisez : _____		

## AUTORISATION PARENTALE

En signant la présente, j'autorise les responsables de Jouvence à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si les responsables le jugent pertinent, je les autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais), dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du Centre à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_