

IDENTIFICATION

École: _____

Enseignant : _____

Classe de : _____ année

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____ M F NB

Date de naissance : _____ Numéro d'assurance maladie : _____ Exp: _____ / _____

Parents ou tuteurs à joindre en cas d'urgence (**obligatoire**)

| | | | | |
|-------|--------|----------------|------------|----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nom | Prénom | Tél. résidence | Cellulaire | Courriel |

| | | | | |
|-------|--------|----------------|------------|----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nom | Prénom | Tél. résidence | Cellulaire | Courriel |

AUTRES INFORMATIONS

Votre enfant a-t-il des **intolérances ou restrictions alimentaires** (ex.: végétarisme, restrictions d'ordre religieux, gluten, lactose)?Oui Non Si oui, précisez : _____Votre enfant a-t-il des **allergies** alimentaires ou autres (ex.: arachides, abeilles)?Oui Non Si oui, précisez : _____Besoin d'un **auto-injecteur d'épinéphrine** (EpiPen ou autre)? Oui Non Votre enfant souffre-t-il d'**asthme**? Oui Non Si oui, prend-il des médicaments? Oui Non Votre enfant souffre-t-il de **diabète**? Oui Non Votre enfant présente-t-il d'**autres troubles d'ordre médical** (ex.: épilepsie, sujet aux saignements de nez, vertige...)?Oui Non Si oui, précisez : _____

Ya-t-il des particularités à considérer au niveau de la santé de votre enfant ou y aurait-il des renseignements pertinents à connaître à son sujet? Ex.: TDAH, TSA, trouble anxieux, trouble de l'humeur, trouble de l'alimentation, énurésie, trouble du sommeil, chirurgie, maladie chronique, blessure grave, etc.

Oui Non Si oui, précisez : _____Est-ce que votre enfant a à un plan d'intervention durant son année scolaire? Oui Non Si oui, précisez : _____Votre enfant prend-il des **médicaments**? Oui Non Si oui, précisez : _____

Pour quelle raison? _____

Votre enfant a-t-il reçu les **vaccins** prévus vers l'âge de 5 ans et 14-16 ans, qui incluent celui du **tétanos**? Oui Non

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Camp de vacances à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

J'autorise Je n'autorise pas

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise Kéno à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le personnel médical à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.

J'autorise

AUTORISATION IMAGES ET PROPOS

Des photos et des vidéos seront prises lors des activités du camp. Veuillez noter qu'il est possible que certaines images soient utilisées par Kéno à titre de souvenir ou à des fins d'information et de promotion. Je comprends qu'il est possible que mon enfant figure sur ces images. J'autorise Kéno, et éventuellement ses collaborateurs, à se servir du matériel.

J'autorise