



FICHE MÉDICALE
Ville de Candiac Camp de jour

❖ ENFANT - carte du citoyen : # _____	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Nom de l'enfant : _____	Date de naissance : _____ <small>(année/mois/jour)</small>
Adresse : _____	Code postal : _____
Téléphone résidence : _____	
Assurance-maladie : _____	Date expiration : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence
(Lien de parenté)

❖ PARENT - carte du citoyen : # _____	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Nom du parent : _____	Tuteur : _____ <small>(si applicable)</small>
Adresse : _____	Code postal : _____
No. Assurance sociale _____ (Relevé 24)	
Tél. résidence : _____	Tél. bureau : _____
	Tél. cell. : _____

Fiche médicale

Maladies :	_____
Allergies :	_____
Médicaments : (à prendre à l'occasion ou sur une base régulière, etc.)	_____ _____ _____

Renseignements importants

1. Votre enfant sait-il nager ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. A-t-il besoin d'un gilet de sauvetage ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Pouvons-nous lui appliquer de la crème solaire ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. À la fin de la journée, l'enfant doit :	Partir seul <input type="checkbox"/> Vous attendre <input type="checkbox"/>
5. Autorisez-vous une autre personne que les 2 parents à venir chercher l'enfant ? Si oui, inscrire le nom.	
_____ Nom de la personne	
6. Il serait important que nous sachions :	
_____ _____ _____	
Je, soussigné, responsable de l'enfant, autorise à prendre toutes mesures médicales rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et ce, par un professionnel de la santé, si aucune des personnes à contacter ne peut être rejointe en cas d'urgence.	
Signature des parents ou tuteur : _____	Date : _____