

Formulaire de santé du campeur: Camps # _____

(SVP envoyer le formulaire de santé avec celui de l'inscription du campeur. L'information du formulaire doit être mise à jour à l'intérieur la semaine qui précède le premier jour du camp. Si vous n'êtes pas la personne qui déposera votre enfant/pupille au début du camp, veuillez faire une photocopie du formulaire rempli et, si nécessaire, nous le télécopier avec les mises à jour.)

Identification

Nom: _____ Date de naissance: _____ Âge: _____ Sexe: _____

Noms des parents/tuteurs (ne s'applique pas aux participants adultes): _____ Téléphone: _____

En cas d'absence, autres personnes à contacter (campeur adulte a le choix de soumettre une personne contact):

Nom: _____ Lien avec campeur: _____ Téléphone: _____

No. D'immatriculation de Santé Manitoba (6 chiffres): _____ No. D'identification personnelle (9 chiffres): _____

Médecin Familial: _____ Téléphone: _____

Donnés médicales

Allergies:	Allergène	Réaction	Traitement

Autres problèmes de santé (indiquez et expliquez au besoin):

- L'asthme Infection nasale Le diabète
 Convulsions/Crises Étourdissements, vertige, évanouissement suite à l'exercice
 Douleurs physiques (ex. douleurs aux muscles ou aux articulations, maux de tête, maux de ventre, maux d'oreilles etc.)
 Autres: _____

Explication: _____

Médicaments nécessaires durant le camp - inclure sous ordonnance et sans ordonnance (Tylenol, Advil, Midol) :

Nom du médicament	Raison	Dose	Heure de prise (ou au besoin)

Est-ce que le campeur a des médicaments d'urgence qu'il doit porter sur lui à tout temps? (Ex. EpiPen, une pompe d'asthme) Oui Non

Spécifiez: _____

Autres conseils ou informations pour le Calinour ou le responsable en soins et santé (ex. effets secondaires des médicaments): _____

Politique Médicale

Tout médicament (à l'exception des pompes et EpiPens) ainsi que toutes modifications du Formulaire de Santé du Campeur DOIVENT être soumis au responsable en soins et santé à l'arrivée au camp. Le médicament doit être ***dans sa bouteille ou son emballage original***. Le Calinour et le personnel qui administre les médicaments sont certifiés en Premier Soins Standard mais ne sont pas des professionnels en soins et santé. L'hôpital le plus près se retrouve à une distance de moins de 15 minutes en voiture.

Aucun

médicament (médicament sans ordonnances inclus) sera administré sans l'approbation verbale des parents/tuteurs (et avec la

Consentement du parent/tuteur ou participant adulte pour le partage d'informations, l'intervention médicale et la gestion des médicaments

Je, _____ (Nom en caractère d'imprimerie), le parent/tuteur ou participant adulte (SVP LISEZ, COCHEZ et SIGNEZ) :

- Réviserai ce formulaire de santé 7 jours avant le début du camp. Le formulaire révisé peut être 1) Signé, daté et télécopié à l'ECE durant cette période. (Si je pense faire ceci, je ferai une photocopie de mon formulaire rempli et je mettrai mes initiales sur mes changements 2) Revue, mis à jour et signé le jour d'arrivée à St.-Malo.
 Ai lu, compris et je suis d'accord avec la «Politique Médicale».
 Donne permission au personnel d'administrer d'autres médicaments (ex: analgésiques, sirop contre la toux, etc) selon mes directives verbales.
 Comprends que, à l'exception de malaise et/ou premiers soins mineurs, toutes tentatives seront faites pour me contacter concernant les décisions et les interventions médicales de mon enfant/pupille. Ceci inclus tout les campeurs de moins que 18 ans. Toutefois, j'autorise le personnel du camps de communiquer les informations de ce formulaire et approuver les interventions médicales d'urgence - ceci inclus l'hospitalisation, l'anesthésie, la chirurgie ou l'injection de médicament – pour le campeur (ou moi-même, si je suis un participant adulte) lorsque c'est sous la tutelle d'un professionnel médical.

Date: _____ Signature: (parent/tuteur ou participant adulte) _____

Confirmation de révision- (à être complété les 7 jours qui précèdent le camp)

S.v.p. cochez seulement un choix:

- Toutes les informations sur le formulaire de santé original sont mises à jour.
 J'ai fait des changements sur le formulaire de santé de mon enfant/pupille et j'ai mis mes initiales sur tous mes changements.

Date: _____ Signature (parent/tuteur ou participant adulte): _____