



a/s 41 Catherine Place,
Dollard Des Ormeaux, QC H9G 1J4
Courriel: info@camptransfiguration.org

Formulaire santé

Ce formulaire doit être rempli par les parents/tuteurs des mineurs et par tout adulte. C'est au parent/tuteur de l'enfant que revient la responsabilité de nous informer de tout changement à l'état de santé de leur enfant. Les renseignements fournis dans ce formulaire ne font pas partie du processus d'acceptation des campeurs et des membres du personnel. Ils sont plutôt recueillis afin de nous aider à fournir les soins appropriés. Tous les renseignements sont **STRICTEMENT CONFIDENTIELS** et sont communiqués uniquement aux moniteurs et monitrices qui travailleront avec votre enfant et à tout autre membre du personnel habilité à les recevoir (directeur du camp, infirmière, responsable des services d'alimentation, etc.).

Nom de l'enfant: _____ Garçon Fille
Prénom Nom de famille

Date de naissance : ____/____/____ N° de tél: (____) _____ Âge lors du
séjour : ____ Mois jour année

Nom du médecin de famille: _____ N° de tél: (____) _____

Tous ceux et celles qui séjournent au camp doivent être couverts par une assurance maladie.

Une photocopie du recto et du verso de votre carte d'assurance maladie doit être jointe à ce formulaire.

Nom de l'assureur ou du régime d'assurance : _____

Numéro du régime collectif : _____ N° d'identification : _____

Les enfants qui sont des résidents du Canada doivent être munis de leur carte d'assurance-santé provinciale.

Antécédents médicaux et renseignements

Les renseignements suivants doivent être fournis par les parents/tuteurs des enfants, les campeurs adultes et tout autre membre du personnel. Le but de cette collecte de renseignements consiste à fournir les antécédents médicaux des campeurs aux membres du personnel responsables des soins médicaux, afin que les soins appropriés puissent être dispensés. Tous changements apportés à ces informations doivent être communiqués par les campeurs aux membres du personnel responsables des soins médicaux dès leur arrivée au camp. Veuillez donner des renseignements **COMPLETS** pour que les responsables du camp puissent être au courant de vos besoins en matière de santé.

- Date de la dernière visite médicale : ____/____/____
Mois jour année

Cochez les cases relatives aux maladies contractées :

Rougeole
Varicelle
Rubéole
Oreillons
Hépatite A
Hépatite B
Hépatite C
est de Mantoux pour la tuberculose
Date du dernier test : ____/____/____
Mois jour année
Résultat : Positif Négatif

DONNEZ LES DATES D'IMMUNISATION :

(ou une photocopie de la fiche d'immunisation)

DTP _____
TD (Tétanos/diptérie) _____
Tétanos _____
Polio _____
ROR _____
ou Rougeole _____
ou Oreillons _____
or Rubéole _____
Haemophilus influenzae B _____
Hépatite B _____

ALLERGIES

Décrivez les réactions et les moyens de les contrôler

Allergie au médicaments

_____	_____
_____	_____

Allergie à la nourriture

_____	_____
_____	_____

Autres allergies (piqûres d'insectes, rhume des foins, asthme, poils d'animal, etc.)

_____	_____
_____	_____

Intolérance alimentaire

_____	_____
-------	-------

MÉDICATION ACTUELLE (les médicaments apportés au camp doivent être dans leur contenant pharmaceutique d'origine)

Méd. 1 _____ Dose _____ Horaire quotidien de prise du médicament _____

Raison pour laquelle ce médicament est pris _____

Méd. 2 _____ Dose _____ Horaire quotidien de prise du médicament _____

Raison pour laquelle ce médicament est pris _____

Méd. 3 _____ Dose _____ Horaire quotidien de prise du médicament _____

Raison pour laquelle ce médicament est pris _____

Ajoutez d'autres pages s'il y a d'autres médicaments

Indiquez tout médicament pris durant l'année scolaire, qui doit ou qui ne doit pas être pris durant l'été: _____

_____	_____
-------	-------

QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL (Expliquez les réponses «Oui»)

Est-ce que le participant(la participante):

Oui Non

Oui Non

Est-ce que le participant(la participante):	Oui	Non	Est-ce que le participant(la participante):	Oui	Non
1. A eu récemment, une blessure, une maladie ou une affection quelconque?			18. A jamais perdu connaissance, à la suite d'une chute, d'un coup, etc?		
2. Porte des lunettes ou des verres de contact ou toutes autres lunettes de protection?			19. A jamais eu des troubles de peau (démangeaisons, éruptions, acné)?		
3. A jamais eu des troubles affectifs qui ont nécessité des soins professionnels?			20. A jamais souffert d'étourdissements pendant ou après un exercice?		
4. Si c'est une adolescente, a-t-elle eu ses menstruations?			21. A des troubles de constipation/de diarrhée?		
5. A jamais eu des troubles aux articulations (genoux, chevilles)?			22. A jamais souffert d'hypertension artérielle?		
6. A jamais eu mal à la poitrine pendant ou après un exercice?			23. A jamais été hospitalisé(e)?		
7. A jamais perdu connaissance pendant ou après un exercice?			24. A jamais souffert du mal des transports?		
8. A jamais été diagnostiqué(e) pour un souffle cardiaque?			25. A jamais eu des troubles alimentaires?		
9. A jamais subi une intervention chirurgicale?			26. A jamais eu des maux de dos?		
10. Est sujet(te) à des infections aux oreilles?			27. Est sujet(te) à des cauchemars?		
11. Souffre d'une maladie/d'une condition chronique ou répétitive?			28. A jamais reçu une blessure à la tête?		
12. A un appareil orthodontique qu'il apporte au camp?			29. A jamais souffert d'hémorragies?		
13. A souffert de mononucléose l'année précédente?			30. Est sujet(te) à des maux de tête?		
14. Est sujet(te) à des évanouissements?			31. Souffre de diabète?		
15. A jamais eu des attaques d'épilepsie?			32. Souffre d'asthme?		
16. Est sujet(te) à des crampes?			33. A jamais eu des convulsions?		
17. Est séropositif(ve) (HIV)?			34. A jamais eu une hernie?		

Veuillez expliquer les réponses «oui» et vous assurer d'inscrire le numéro de la question. (Ajoutez des pages supplémentaires, au besoin)

_____	_____
_____	_____

Médicaments sans ordonnance**Encerclez «Oui» ou «Non» près de chaque médicament sans ordonnance que votre enfant peut prendre.**

Produits Tylenol	Oui Non	Pepto bismol	Oui Non	Lotions ou vaporisateurs Benadryl	Oui Non
Produits Ibuprofen	Oui Non	Siróp toux	Oui Non	Vaporisateur antiseptique gorge	Oui Non
Produits Dimetapp	Oui Non	Pastilles toux	Oui Non	Gouttes ophtalmiques stériles	Oui Non
Produits Mucinex	Oui Non	Sudafed	Oui Non	Onguents externes	Oui Non
Antiacides	Oui Non				

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Nous souhaitons que votre enfant ait un excellent séjour au camp. C'est pourquoi, nous vous demandons de nous donner ces renseignements supplémentaires qui sont, bien entendu, STRICTEMENT CONFIDENTIELS et sont divulgués uniquement aux moniteurs et monitrices qui travaillent auprès de votre enfant et à tout autre membre du personnel habilité à les recevoir (directeur du camp, infirmière, responsable des services d'alimentation, etc.)

- Qu'est-ce que votre enfant recherche au camp? _____

 - Éprouve-t-il(elle) une crainte, un souci quelconque ou des inquiétudes à propos du camp? (timidité excessive, peur de l'obscurité, etc?)

 - Veuillez nous donner des détails pertinents sur toutes circonstances traumatisantes (mort d'un parent, divorce ou autre drame familial?) vécues par votre enfant. Ce renseignement pourrait nous être utile.

 - Habitude de sommeil : Somnambulisme Incontinence Autre _____
 - Votre enfant a-t-il(elle) jamais passé la nuit dans un camp auparavant? Oui Non
 - S'est-il(elle) éloigné(e) de la maison plus de deux jours de suite Oui Non
 - Sports aquatiques : Je permets à mon enfant Je ne permets pas à mon enfant de participer aux sports aquatiques
 - Compétence de l'enfant en natation : Ne sait pas nager* Débutant(e) Niveau intermédiaire Expert(e)
- * Je permets au camp de donner des leçons de natation à mon enfant si ces leçons sont offertes durant le séjour au camp.

Renseignements supplémentaires sur la santé physique, émotionnelle ou mentale du campeur ou de la campeuse, qui devraient être portés à l'attention des responsables du camp.

Mon enfant est sous la garde juridique : des deux parents de la mère seulement du père seulement
Autre _____ Veuillez fournir tous les détails pertinents _____.

Veuillez noter que si le camp doit respecter des restrictions quelconques relativement à un accès parental, les responsables du camp doivent en être informés au moyen d'une ordonnance d'un tribunal adressée spécifiquement au Camp Transfiguration.

AUTORISATION, PERMISSION ET CONSENTEMENT DU PARENT/TUTEUR

À ma connaissance, les antécédents médicaux sont exacts et complets. La personne désignée aux présentes a la permission de participer à toutes les activités offertes par le camp, sauf celles indiquées ci-dessous. Par les présentes, j'autorise le camp à dispenser à mon enfant les soins médicaux routiniers, à lui administrer des médicaments sans ordonnance ainsi que des médicaments sur ordonnance, et à recourir à des soins d'urgence, y compris des radiographies ou des examens médicaux routiniers. Je consens à la transmission de tout dossier nécessaire aux fins de traitement, de recommandation, de facturation ou d'assurance. J'autorise le camp à prendre les mesures nécessaires au transport de mon enfant/et à mon transport, à cette fin. Si on ne peut me joindre en cas d'urgence, j'autorise le médecin choisi par le camp à fournir des soins, y compris des soins hospitaliers, à la personne désignée ci-dessus. Je comprends que ma garantie d'assurance au titre de laquelle mon enfant est couvert sera utilisée comme couverture primaire dans le cas d'une intervention médicale. Je comprends aussi que je serai responsable des dépenses non couvertes par mon assurance.

Je comprends que le Camp Transfiguration et ses mandataires prendront en tout temps toutes les mesures de sécurité nécessaire durant le séjour au camp. Je comprends également qu'un danger imprévu pourrait survenir et connais la possibilité d'un risque inhérent. Je consens à ne pas tenir l'Archidiocèse de l'Église Chrétienne Orthodoxe d'Antioche, le Camp Transfiguration, ses dirigeants, ses employés et/ou ses volontaires responsables de tous dommages, toutes pertes, toutes maladies ou blessures, encourus relativement à l'objet de ce formulaire.

J'accepte que mon enfant se conforme à tous les règlements et à toutes les directives établis par le Camp Transfiguration pour la sécurité et le mieux être de tous les campeurs du camp. Je conviens que, si mon enfant doit rentrer à la maison pour cause d'infraction à la discipline instaurée, je serai responsable des frais de transport.

J'accepte d'indemniser l'Église Chrétienne Orthodoxe d'Antioche, le Camp Transfiguration, ses dirigeants, ses employés et/ou ses volontaires, et de les dégager de toute responsabilité en ce qui concerne toutes dépenses, toutes pertes, toutes réclamations et tous dommages encourus à la suite d'actes ou d'omissions relativement à l'objet de ce formulaire. Ce formulaire rempli peut être photocopié pour les excursions hors du camp.

Par les présentes, j'accepte d'indemniser l'Église Chrétienne Orthodoxe d'Antioche, son clergé, ses représentants officiels, ses dirigeants, ses employé(e)s, ses volontaires, et de les dégager de toute responsabilité en ce qui concerne toutes dépenses, toutes réclamations, tous coûts ou frais judiciaires encourus par suite de toutes réclamations, actions en justice /ou poursuites judiciaires intentées par moi, par mon enfant, en mon nom ou au nom de mon enfant, ou par quelqu'un d'autre, à la suite d'un accident ou d'une blessure subie par moi ou par mon enfant.

J'accorde à mon enfant la permission de participer à toutes les activités offertes par le camp, à l'exception des activités suivantes (indiquez la raison pour laquelle chaque activité n'est pas permise).

Activité	Raison pour laquelle la permission n'est pas accordée
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Signature du parent/tuteur, du campeur/de la campeuse adulte, ou du membre du personnel :

Nom en caractères d'imprimerie _____ **Date** _____

À l'usage du camp**SCREENING RECORD**

Date screened _____ Time _____ Screened by _____

Meds Received _____

Updates/additions to health history noted: Yes No None required

Current health needs identified: _____