

Feuille santé pour inscription en ligne.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ âge : \_\_\_\_\_ Session : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

**Votre enfant souffre-t-il des symptômes suivants?**

	oui	non	Spécifiez si nécessaire
asthme			
troubles cardiaques			
épilepsie			
diabète			
hémophilie			
hernies			
handicaps quelconques			
a-t-il des problèmes de comportement ?			
souffre-t-il d'hyperactivité?			
est-il somnambule?			
porte-t-il des prothèses?			
mange-t-il anormalement?			
mouille-t-il son lit?			

Votre enfant a-t-il visité un médecin dernièrement? \_\_\_\_\_ Pour quelle raison? \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il eu le vaccin de la méningite? \_\_\_\_\_ Le vaccin du tétanos? \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments? \_\_\_\_\_ Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'allergies?	cochez	
Piqûres d'insectes		spécifiez :
Pénicilline		spécifiez :
Autres médicaments		spécifiez :
Certains aliments		spécifiez : *Une collaboration spéciale des parents sera exigée selon le type d'allergie

Toujours concernant les allergies sévères : Votre enfant possède-t-il son Épipen? \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu oui à la question précédente, vous devez nous envoyer **3 photos** de votre jeune afin d'en informer tout le personnel du camp et vous devez nous signer cette autorisation relative à l'utilisation de l'Épipen :

« J'autorise les personnes désignées par le camp à administrer, selon le besoin, en cas d'urgence, une dose d'adrénaline à mon enfant : ». Signature : \_\_\_\_\_

**MISES EN GARDE**

Le camp n'est pas responsable des objets personnels endommagés, perdus ou volés .Les activités du cirque, comme celles du plein air en général, comportent certains risques d'accident. Nous prenons toutes les mesures raisonnables pour les éviter. Cependant, en inscrivant votre enfant à nos activités, vous acceptez les risques qui y sont inhérents. Le camp étant un endroit où nous vivons en promiscuité, si votre enfant a de la fièvre ou des symptômes de gastro-entérite, vous devrez venir le chercher si nous vous contactons. À ce moment-là, nous vous rembourserons la totalité des journées non consommées et si votre enfant veut revenir au camp, il pourra le faire après 3 journées de bien être à la maison.

S'il y a lieu, indiquez les activités que votre enfant ne doit pas exercer et informez-nous si votre enfant ne sait pas nager.

Par la présente, je certifie que les renseignements ci-dessus sont exacts, que j'ai lu les mises en garde et que je suis en accord avec elles.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'AUTORISATION :**

En cas d'urgence, s'il est impossible de rejoindre les parents, j'autorise Géronimo à prendre les mesures nécessaires et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près afin d'y recevoir tous les soins médicaux requis par son état.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

J'autorise le camp Géronimo à administrer, en cas de besoin, des médicaments sans prescription tels des Tylénols, des Advils et des onguents antibiotiques :

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

S'il y a lieu, j'autorise Géronimo à utiliser des photos ou des films de mon enfant à des fins promotionnelles.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Pour les sessions de 12 et 6 jours, j'autorise mon enfant à participer aux glissades d'eau.

Cochez si non applicable : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_