

FICHE MEDICALE

Nom, prénom et adresse de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Assurance de l'enfant et numéro d'assurance :

Nom du soutien légal : _____

Votre numéro de téléphone : _____

Médecin de famille : _____

Médicaments à ne pas donner au camp : _____

(Tous les médicaments que les enfants doivent prendre durant la période du camp seront remis à la responsable de l'infirmerie qui en assurera la distribution).

Votre enfant suit-il un régime ? _____ Si oui, lequel ? _____

Maladie, allergie ou affection particulière : _____

Problèmes particuliers : _____

Remarques : _____

Fiche à remettre au maître ou maîtresse de classe, remplie et signée, jusqu'au
19 novembre 2010 au plus tard **accompagnée des copies du carnet de vaccination
et de la carte d'assurance.**

Signature des parents :
