

## Camp d'action biblique ~ Formulaire médical (campeur / personnel)

S.V.P lettres majasculés

<b>Nom de famille :</b>	<b>Prénom:</b>	<b>M/F</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Ville:</b>	
<b>Prov.:</b>	<b>Code postal:</b>	
<b>Date de naissance: (j/m/a)    /    /</b>	<b># d'ass. maladie :</b>	
<b>Parent/tuteur:</b>		
<b>Téléphone: jour:(    )</b>	<b>soirée:(    )</b>	<b>cellulaire:</b>
<b>♦ INSTRUCTIONS DE GARDE:</b>		

<b>☎ EN CAS D'URGENCE VEULEZ INFORMER:</b>	
<b>Nom:</b>	<b>Téléphone: (    )</b>
<b>Nom:</b>	<b>Téléphone: (    )</b>

**Avez-vous des recommandations particulières concernant ses/vos soins de santé ou régime?**

- 1.
- 2.
- 3.

<b>Médicaments actuels:(devront être étiquetés clairement)</b>	<b>Allergies à des médicaments:</b>
1.	1.
2.	2.
3.	3.

**Réactions/traitement:**

<b>Allergies à des aliments :</b>	<b>Autres allergies: (piqûres d'insecte, etc.)</b>
1.	1.
2.	2.
3.	3.

**Réactions/traitement:**

<b>Problèmes médicaux:</b> <input type="checkbox"/> cauchemars <input type="checkbox"/> convulsions <input type="checkbox"/> écoulement du nez
<input type="checkbox"/> fièvre des foins <input type="checkbox"/> maux de tête <input type="checkbox"/> mal d'oreille <input type="checkbox"/> maux de ventre
<input type="checkbox"/> somnambulisme <input type="checkbox"/> énurésie <input type="checkbox"/> troubles respiratoires <input type="checkbox"/> autres :

Traitement:

Problème chronique ou récent ou contact avec des maladies infectieuses:

La dernière injection contre le tétanos (DPT;DT): (j/m/a)    /    /

**Besoins particuliers:**

Traitement	Date ( j/m/a)	Date (j/m/a)	Date (j/ m/a)	Commentaire:

J'autorise par la présente le personnel d'obtenir les traitements nécessaires pour la santé de mon enfant/moi.

/    /

SIGNATURE: (Parent ou tuteur, si moins de 18 ans)

DATE (j/m/a)