

## SANTE DE L'ENFANT DURANT UN CAMP SCOLAIRE

Pour assurer un encadrement optimal, merci de répondre à toutes les rubriques.  
**Pour toute difficulté, la direction du centre prendra contact avec le représentant légal.**

Date du camp Du  Au

Nom de l'élève  Prénom de l'élève

Date de naissance  Téléphone d'urgence du représentant légal

Nom de l'assurance maladie de l'enfant

L'enfant a-t-il actuellement un problème de santé, si oui lequel?

Les médicaments, à remettre le 1<sup>er</sup> jour dans leur emballage d'origine, **seront administrés uniquement sur la base des renseignements officiels:**

- ordonnance médicale ou/et
- étiquette de la pharmacie au nom de l'enfant ou/et
- document scolaire «besoins de santé particuliers» de l'année en cours

Nom du médicament	Dose	Horaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

L'enfant a-t-il des allergies à des médicaments, si oui lesquels?

En cas de besoin, autorisez-vous les professionnels du centre à administrer du Dafalgan à votre enfant?

Oui  Non

Aliments interdits en cas de régime alimentaire médical

**uniquement sur présentation d'un certificat médical mentionnant les aliments interdits**

Aliments interdits en cas de régime alimentaire religieux

Autres besoins particuliers/éléments utiles pour la prise en charge de votre enfant

Nom du représentant légal  Prénom du représentant légal

Date  Signature du représentant légal