

Fiche médicale

COORDONNÉES DU PARTICIPANT

Nom		Prénom			
Adresse		Ville		Code postal	
Téléphone résident et cellulaire		Courriel		Facebook	
Date naissance (AAAA-MM-JJ)	ÂGE	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	No assurance maladie	Exp. (AAAA-MM)

EN CAS D'URGENCE (coordonnées parents, tuteurs)

Nom		Prénom	
Téléphone (résidence)	Téléphone (autre)	Cellulaire	
Lien avec l'enfant			
Nom		Prénom	
Téléphone (résidence)	Téléphone (autre)	Cellulaire	
Lien avec l'enfant			

AUTORISATIONS PARENTALES
Médicales

J'autorise les représentants et responsables de la Rencontre jeunesse Nord-du-Québec sur place à prodiguer les services de base et, en cas d'urgence, à diriger mon enfant vers les services de santé en ambulance. Je consens à assumer les frais médicaux reliés à la santé et sécurité de mon enfant (ex. : médicaments, ambulance, matériel médical, etc.) De plus, je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et complets.

Captations multimédias

Le participant s'engage à ne pas demander de droits financiers pour les photos, vidéos réalisées lors de la Rencontre jeunesse Nord-du-Québec. Celles-ci seront utilisées à des fins promotionnelles et corporatives et publiées dans les médias traditionnels ou électroniques. Je renonce à tout recours légal et à toute réclamation quant à la diffusion, la publication et l'utilisation de ces images ou enregistrements.

INFORMATIONS MÉDICALES

Votre enfant souffre-t-il?					
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Problème cardiaque	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Somnambulisme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
Votre enfant doit-il prendre des médicaments durant son séjour?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :					
Nom du médicament		Posologie			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Votre enfant a-t-il des allergies?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez :					
Alimentaires :		<input type="text"/>			
Médicaments :		<input type="text"/>			
Autres :		<input type="text"/>			
Si votre enfant utilise l'Épipen, donnez-vous l'autorisation aux secouristes de lui administrer?				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Nom en lettre moulées

Signature du parent

Date (jour-mois-année)