



## Fiche médicale / Ficha médica

**Nom du participant / Apellido del participante:** \_\_\_\_\_  
**Prénom du participant / Nombre del participante:** \_\_\_\_\_

### Personnes à contacter en cas d'urgence / Personas a contactar en caso de urgencia:

**1. Nom et prénom / Apellido y nombre:** \_\_\_\_\_  
**Téléphone / Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Lien avec le participant / Vínculo con el participante:** \_\_\_\_\_

**2. Nom et prénom / Apellido y nombre:** \_\_\_\_\_  
**Téléphone / Teléfono:** \_\_\_\_\_  
**Lien avec le participant / Vínculo con el participante:** \_\_\_\_\_

**Cochez si votre enfant présente des maladies ou des particularités et spécifiez au besoin : / Señalar si su hijo/a presenta enfermedades o particularidades y especifiquen, en relación a:**

- Asthme / Asma:** \_\_\_\_\_
- Épilepsie / Epilepsia:** \_\_\_\_\_
- Maladie cardiaque / Enfermedad cardiaca:** \_\_\_\_\_
- Diabète / Diabetes:** \_\_\_\_\_
- Problème auditif / Problema auditivo:** \_\_\_\_\_
- Problème visuel / Problema visual:** \_\_\_\_\_
- Problème Intellectuel / Problema intelectual:** \_\_\_\_\_
- Problème physique / Problema físico:** \_\_\_\_\_
- Autres / Otros:** \_\_\_\_\_

### **Allergie et intolérante / Alergia e intolerancia**

**Alimentaire / Alimenticia:** \_\_\_\_\_

**Autres / Otras:** \_\_\_\_\_

**Type de réaction / Tipo de reacción:** \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il en possession son Épipen / Su hijo/a pose una loción para los picaduras de mosquitos:**  **Oui / Si**  **Non / No**



**Votre enfant prend-t-il des médicaments? / ¿Su hijo/a toma medicamentos?**

**Oui / Si**  **Non / No**

**Spécifiez / Especificuen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant porte-t-il des lunettes ou verres de contact ? / ¿Su hijo/a lleva gafas o lentes de contacto?**  **Oui / Si**  **Non / No**

**Votre enfant a des problèmes de comportement ? / ¿Su hijo/a tiene problemas de comportamiento?**  **Oui / Si**  **Non / No**

**Spécifiez les traits de caractère de votre enfant / Especificuen los rasgos principales del caractère de su hijo/a:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Votre enfant sait-il nager ? ¿Su hijo/a sabe nadar?**  **Oui / Si**  **Non / No**

**Doit-il porter une veste de flottaison ? ¿Debe llevar traje de flotabilidad?**

**Oui / Si**  **Non / No**

**Doit-il mettre de bouchons? ¿Debe llevar tapones?**  **Oui / Si**  **Non / No**

**Votre enfant a-t-il des réserves pour certaines activités? ¿Su hijo/a prefiere no realizar algunas actividades?**  **Oui / Si**  **Non / No**

**Spécifiez / Especificuen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Autres éléments que vous aimeriez nous spécifier sur votre enfant: / Otros elementos que les gustaría especificar sobre su hijo/a:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Autorisation parentale / Autorización paterna

1. **Je reconnais avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions des centres et m'engage à les respecter. Je reconnais avoir pris connaissance des politiques de remboursement / Reconozco tener conocimiento de la modalidad de inscripción del centro y me comprometo a respetarla. Reconozco tener conocimiento de la política de reembolso.**

2. **J'autorise le personnel des centres mandatés à prodiguer tous les soins nécessaires demandés à mon enfant. J'autorise qu'il soit transporté par ambulance ou autrement se cela est nécessaire par son état dans un établissement hospitalier. S'il est impossible de rejoindre les parents ou les personnes à contacter en cas d'urgence, j'autorise le médecin choisi par les centres à prodiguer toutes les interventions jugées nécessaire par son état. Advenant le cas d'achat de prescription, celle-ci est à la charge de parent. / Autorizo al personal de los centros a proporcionar todos los cuidados necesarios requeridos a mi hijo/a. Autorizo que sea trasladado en ambulancia o de otra manera, si esa es necesaria por su estado, a un centro hospitalario. Si es imposible contactar con los padres o las personas a contactar en caso de urgencia, autorizo al médico escogido por los centros a realizar todas las intervenciones consideradas necesarias según su estado, obteniendo las compras de prescripción a cargo de los padres.**

3. **J'autorise l'administration au besoin de la dose d'adrénaline prévue par sa prescription / Autorizo la administración, en el caso de necesidad, de la dosis de adrenalina prevista por su prescripción.**

4. **J'autorise le responsable nommé par les centres à donner les médicaments sans prescriptions suivant, selon les besoins requis par mon enfant: / Autorizo al responsable designado por cada centro a dar los medicamentos siguientes sin prescripción, según las necesidades requeridas por mi hijo/a:**

- Acétaminosphène (Tylenol) / Acetaminosfereico**
- Ibuprofène (Advil) / Ibuprofeno**
- Calamine / Calamina**
- Anti-Histaminique (Bénadryl) / Anti-histaminico**



- Anti-Émitique (Gravol) / Anti-emitico**
- Antibiotique en crème (Polysporin) / Antibiótico en crema**

5. **J'autorise la direction des centres et l'Association des Camps du Québec à utiliser des photos et/ou des vidéos de mon enfant pour usage promotionnel ou publicitaire. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété des centres.** Autorizo a la dirección de los centros y a la Asociación de Campamentos de Québec a utilizar fotos y/o videos de mi hijo/a como uso promocional o publicitario. Todo el material utilizado quedará como propiedad de los centros.

**Signature de parent responsable / Firma del padre responsable**

**Date / Fecha**

---

**Signature de l'enfant / Firma del niño/a**

**Date / Fecha**

---