



Formulaire Médical pour Camp d'Enfants, d'Adolescents, Ralliement, Staffs

À remettre au minimum 1 mois avant le début du camp.

Négliger de remettre ce formulaire annule automatiquement l'inscription de votre jeune.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Il nous fait plaisir d'accueillir votre jeune pour un séjour au Camp Patmos et les informations recueillies sont précieuses afin de lui offrir un cadre sécuritaire. La direction du Camp se donne le droit de refuser un jeune qui présenterait un besoin **hors des compétences de nos moniteurs**. Pour le déroulement du séjour et pour le bien de tous, veuillez déclarer toutes conditions et/ou comportements qui nécessitent un encadrement précis.

1) Aucun médicament prescrit ou non ne doit se retrouver en possession d'un enfant/adolescent. (ex : Tylenol, produits naturel...) Tous les médicaments seront recueillis, gardés et distribués par une infirmière ou un responsable. Tout reste de médication sera remis à votre jeune avant son départ.

Dans le cas d'une médication à administrer, incluant l'auto-injecteur, vous devez compléter le formulaire **d'autorisation de distribuer un médicament** ci-joint. Le Camp Patmos vous transmettra le tableau relatif à la médication distribuée et s'engage à vous informer de tout incident s'il y a lieu.

2) Pour les enfants qui bénéficieront du **transport en autobus**, une personne déléguée par le Camp assurera la sécurité lors du transport pour le camp d'enfants ; celle-ci s'occupera de prendre la médication de votre enfant si requise. Pour les adolescents, une personne responsable recueillera les médicaments bien identifiés dès l'arrivée au Camp.

3) Dans le cas où des **soins d'urgence sont requis**, nous ferons tout notre possible pour rejoindre une des personnes ressources inscrites au présent formulaire afin d'obtenir un consentement verbal aux soins. S'il y a impossibilité de rejoindre une de ces personnes, **le consentement aux soins d'urgence** ci-dessous nous autorise à agir rapidement dans l'intérêt du campeur. Dans cette éventualité, le personnel du Camp Patmos, ses dirigeants et son Conseil d'Administration ne pourront pas être tenus responsables et sont libérés de tout recours légal lié aux traitements médicaux reçus.

4) Nous vous demandons de vérifier si votre jeune n'a pas la gale ou des **poux**. Une vérification sera aussi effectuée pour les poux dès son arrivée au Camp. Dans le cas où votre jeune présente des lentes ou des poux, nous vous contacterons pour que vous veniez le chercher le jour même ; pour cette raison, **veuillez rester disponible** le jour de l'arrivée.

5) Le Camp Patmos collecte et conserve ces informations personnelles dans le but d'assurer **la sécurité de votre jeune** et dans un souci de confidentialité et de respect des recommandations légales pour la protection de l'enfance. Nous transmettrons l'information pertinente aux personnes responsables concernées. Ces informations seront utilisées dans le plus grand respect de votre enfant seront valides pour la durée du séjour seulement.

Nous, les parents ou tuteurs légaux, autorisons le personnel du Camp Patmos à signer le consentement pour un traitement médical et à mandater tout médecin ou hôpital pour dispenser un examen médical, un traitement ou une intervention pour _____ (nom du campeur) durant la durée de son séjour au Camp Patmos.

Nous avons également lu les conditions générales, nous les comprenons bien et acceptons de nous y conformer.

Nom d'un parent ou tuteur(e) légal(e) en lettres moulées : _____

Signature d'un parent ou tuteur(e) légal(e) : _____ Date : _____



Formulaire Médical pour Camp d'Enfants, d'Adolescents, Ralliement

À remettre au minimum 1 mois avant le début du camp.

Pour valider l'inscription ce formulaire doit être rempli par un parents ou tuteur(e) légal(e).

INFORMATION PERSONNELLE

Nom complet du campeur : _____

Sexe : M / F

Numéro d'Assurance-Maladie : _____

Expiration : _____

Date de naissance : _____ Poids actuel : _____

Taille : _____

Année du dernier vaccin contre le tétanos : _____

Nom complet d'un parent / tuteur(e) légal(e) : _____

Téléphone : _____

Adresse complète : _____

Courriel : _____

Église fréquentée : _____

Cellulaire : _____

Nom complet d'un proche en cas d'impossibilité de rejoindre le parent/tuteur (e) : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Lien : _____

PROFIL PERSONNEL / MEDICAL

Allergies médicamenteuses connues ou alimentaires ou autres allergies : _____

Symptômes à surveiller : _____

Traitement : _____

Auto-injecteur ? Oui / Non (Remplir le formulaire **d'autorisation de distribuer un médicament**)

Intolérance alimentaire ? _____

Restriction physique ? _____

Si oui, quelles sont les particularités à savoir : _____

De la difficulté en lien avec le sommeil ? (Incluant somnambulisme, terreurs nocturnes, incontinence urinaire, insomnie)

Si oui, laquelle et quelle est l'approche à adopter : _____

Un trouble du comportement, diagnostiqué ou non, qui nous amènerait à adopter une approche particulière ?

Si oui, description et approche recommandée : _____

Une difficulté respiratoire ? (ex : asthme, hyperventilation, ...) Si oui, laquelle et quelles sont les mesures à prendre ?

Toutes autres conditions médicales diagnostiquées ou non, que vous jugez pertinent de nous nommer : _____

Approche à adopter : _____

Veillez indiquer si votre jeune éprouve actuellement un des troubles mentionnés ci-dessous ou s'il en a éprouvé lors des 3 derniers mois. Veuillez cocher :

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amygdalite | <input type="checkbox"/> Fièvre des foies | <input type="checkbox"/> Rougeole bénigne |
| <input type="checkbox"/> Appendicite | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Infection d'oreilles | <input type="checkbox"/> Sinusite |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maux d'estomac graves | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Évanouissement |
| <input type="checkbox"/> Pipi au lit | <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | <input type="checkbox"/> Gastro |
| <input type="checkbox"/> Poux | <input type="checkbox"/> Gale (la grattelle) | <input type="checkbox"/> Autres : spécifier _____ |

ATTESTATION D'INFORMATION VÉRIDIQUE

Par la présente je déclare les informations ci-haut véridiques et complètes. Je m'engage à informer la direction du Camp Patmos de tout changement qui pourrait se produire d'ici au début du camp. Je comprends que si la condition de mon enfant/ado demande des ressources particulières, je me dois de le déclarer pour sa sécurité.

Signature : _____

Date : _____

