



FICHE MÉDICALE – CAMP DE JOUR 2010



Nom (enfant): _____

Prénom (enfant): _____

Sexe M F Âge/ _____ Date de naissance _____
Année / mois / jour

No d'assurance-maladie: _____ Exp: _____

Nom, prénom (mère): _____

No de téléphone : Résidence _____ Travail : _____

Nom, prénom (père) _____

No de téléphone : Résidence : _____ Travail : _____

À la fin de la journée mon enfant repartira Seul Avec la mère Avec le père Autres _____

EN CAS D'URGENCE : (après les parents)

Nom, prénom _____

No de téléphone : 1- _____ 2- _____ Lien : _____

VOTRE ENFANT A-T-IL DES PROBLÈMES DE SANTÉ? OUI NON

Si oui, lesquels: _____

Est-ce que votre enfant prend des médicaments: oui non Si oui, lesquels : _____

Posologie/Remarques : _____

Votre enfant sait-il nager? oui non avec flotteur

J'autorise Kidzone, à utiliser des photos de mon enfant à des fins publicitaires oui non

En cas d'urgence, j'autorise Kidzone à prendre les actions nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de mon enfant. oui non

J'affirme avoir pris connaissance Kidzone prévoit un remboursement pour cause médicale seulement (certificat médical à l'appui). Le remboursement sera fait en septembre 2010. Aucun remboursement ne sera fait après la date de l'activité, pour une sortie manquée ou pour une suspension. oui non

Signature: _____

Date: _____