



FICHE MÉDICALE – ENFANT

Mouvement Aquatique de Laval

COORDONNÉES DU CANDIDAT

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Adresse :	Ville :	Code postal :
Numéro d'assurance maladie :	Date d'expiration (MM/AAAA) :	

ACTIVITÉ

Année :	Session automne <input type="checkbox"/>	Session hiver <input type="checkbox"/>	Session printemps <input type="checkbox"/>	Titre du cours :	Jour :	Heure :
---------	--	--	--	------------------	--------	---------

A) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

1) Nom et prénom : _____ Lien : _____
Tél. résidence : () _____ travail () _____ cell () _____

2) Nom et prénom : _____ Lien : _____
Tél. résidence : () _____ travail () _____ cell () _____

B) ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Asthme _____ Épilepsie _____ Diabète _____ Autres (précisez) _____

C) ALLERGIE(S)

Décrivez : _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies? Oui _____ Non _____

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?
Enfant lui-même _____ Moniteur de l'enfant _____ Toute personne adulte responsable _____

Médicaments : _____ Posologie : _____

D) MÉDICAMENT(S)

Votre enfant prend-il des médicaments durant les heures d'activités? Oui _____ Non _____

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer le médicament et selon quelle posologie?
Enfant lui-même _____ Moniteur de l'enfant _____ Toute personne adulte responsable _____

Médicaments : _____ Posologie : _____

E) COMPORTEMENT

Votre enfant présente-t-il des problèmes nécessitant une attention particulière (crainte, divorce récent, hyperactivité, agressivité, etc.)?
Oui _____ Non _____

Précisez : _____

Restrictions pour certaines activités : _____

F) AUTORISATION

J'autorise le personnel aquatique à prodiguer à mon enfant tous les soins infirmiers nécessaires. Si son état l'exige, j'autorise également le transport par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de joindre une des personnes ci haut mentionnées, j'autorise le médecin choisi par les autorités à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.

Je m'engage à payer les frais de transport par ambulance et de médecin en cas d'accident.

Nom du tuteur : _____ Date : _____

Signature du tuteur : _____

Cette fiche, dûment complétée, doit être remise au moniteur de l'élève lors de la première journée d'activité