

Votre enfant a-t-il des contraintes pour certaines activités? (Si oui, expliquer) :

Autres particularités (diète spéciale, prothèses, blessure grave, trouble de comportement)? (Si oui, expliquer) : _____

Fiche médicaments

Le participant a-t-il une diète spéciale en raison de ses médicaments? (Si oui, expliquer) :

	Nom du médicament	Posologie — Note importante
MATIN	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
MIDI	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
SOIR	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
COUCHER	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Qui est autorisé à conserver et administrer les médicaments?

L'enfant lui-même Toute personne adulte responsable

Signature du parent : _____ **Date :** _____

Cette fiche de renseignements nous permet de mieux connaître la situation de votre enfant/jeune (maladie, allergie ou autre) afin de prévenir tout incident lors des activités. Nous tenons à vous rappeler l'importance d'avoir en main ses renseignements essentiels pour intervenir rapidement et adéquatement en cas d'urgence.

Nous vous invitons donc à prendre le temps de bien lire les champs et à les remplir afin de fournir toutes les informations requises. Les renseignements doivent être exacts et complets.

Merci de votre collaboration!