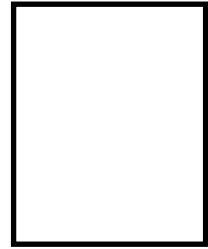




**NOS VOIX NOS VISAGES**

Formation Création Production Diffusion Représentation  
en arts de la scène



**Photo obligatoire**

## FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

**Endroit du séjour :** \_\_\_\_\_

**Date du séjour :** \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge lors du camp ou du stage : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

No d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

### EN CAS D'URGENCE : (2 noms de répondants s.v.p.)

\_\_\_\_\_  
Nom et lien avec le participant

Téléphone (rés.) \_\_\_\_\_ Téléphone (bur.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom et lien avec le participant

Téléphone (rés.) \_\_\_\_\_ Téléphone (bur.) \_\_\_\_\_

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX OU AUTRES :

Maladies, allergies, problèmes de comportement, troubles alimentaires, prothèse, réserves pour certaines activités ou conditions particulières pouvant affecter le travail des animateurs ou le fonctionnement du camp ou du stage. Toute omission à cette clause peut entraîner le renvoi du participant. Veuillez donner tous les renseignements importants, suivi, traitement ou encadrement nécessaire.

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

### VACCINATION

Le participant a-t-il eu tous ses vaccins ? Oui  Non

## DOSE D'ADRÉNALINE - AUTORISATION DU PARTICIPANT OU DE L'AUTORITÉ PARENTALE

- Le participant a-t-il à sa disposition d'une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? Oui  Non

Par la présente, j'autorise la ou les personnes désignées à m'administrer ou à administrer à mon enfant selon le besoin et en cas d'urgence, la dose d'adrénaline. L'autorité parentale doit s'assurer qu'une dose d'adrénaline est disponible dans le sac du participant.

Cochez s.v.p. si vous acceptez cette autorisation

## MÉDICAMENTS

Le participant prend-il des médicaments ? Oui  Non

Si oui, lequel ou lesquels : \_\_\_\_\_

Les prend-il lui-même : Oui  Non  Spécifiez \_\_\_\_\_

**Si le participant doit prendre des médicaments**, vous devez nous fournir une autorisation écrite afin que nous puissions lui administrer les posologies prescrites. Vous devez fournir le contenant avec l'étiquette officielle ou au moins l'étiquette fournie par le pharmacien indiquant la posologie prescrite par le médecin.

## FILLE :

A-t-elle déjà eu ses menstruations ? Oui  Non, elle n'est pas renseignée

Non, elle est renseignée

Y-a-t-il des considérations particulières ?

**Veillez noter qu'il vous faudra mentionner tout changement concernant l'état de santé du participant entre la période d'inscription et le début des activités. Changements à signaler :**

## AUTORISATION DU PARTICIPANT OU DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Veillez prendre note que toutes ces informations demeureront confidentielles. Seules les informations concernant l'état de santé du participant seront divulguées aux animateurs afin de permettre une meilleure approche auprès de lui ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence. En signant la présente, j'autorise le personnel de NVNV à prodiguer les premiers soins au participant et, si nécessaire, je l'autorise également à le transporter par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Cochez s.v.p. si vous autorisez

\_\_\_\_\_  
*Nom du participant ou de l'autorité parentale (si moins de 18 ans)*

\_\_\_\_\_  
*Date*

## POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ

Si vous choisissez de nous transmettre des informations personnelles – que ce soit par courrier postal ou électronique ou via notre site Internet, ces données ne seront en aucun cas, ni à aucun moment, communiquées à un quelconque tiers, et ce, sous quelque forme que ce soit. Ces données sont archivées de façon confidentielle à des fins administratives internes seulement. Éventuellement, ces données seront détruites par une firme spécialisée en destruction de documents confidentiels de manière à ce que nul tiers ne puisse y avoir accès à aucun moment, et ce, sous quelque forme que ce soit.

