

FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE

Pour bénévoles âgés de moins de 18 ans

Nom de l'ados: _____ Période choisie _____

J'autorise mon ados à participer au programme STAFF/REF .

- Votre ados souffre-t-il(elle) d'allergies graves (piqûres de guêpes, aliments, pénicilline, autres médicaments) OUI ____ NON ____
- Votre ados souffre-t-il(elle) d'allergies qui pourraient mettre sa vie en danger ? OUI ____ NON ____
- Votre jeune éprouve-t-il(elle) des troubles de comportement ou des limitations physiques, mentales ou émotionnelles ? OUI ____ NON ____

Si vous avez répondu OUI à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez expliquer : _____

Veuillez indiquer si votre ados éprouve actuellement un des troubles mentionnés ci-dessous ou s'il en a éprouvé lors des 3 derniers mois, veuillez l'indiquer :

- Amygdalite
- Appendicite
- Asthme
- Diabète
- Épilepsie
- Évanouissement
- Fièvre des foies
- Hépatite
- Infection d'oreilles
- Maux d'estomac graves
- Oreillons
- Pipi au lit
- Rougeole bénigne
- Rubéole
- Sinusite
- Varicelle
- Autres

Date de la dernière vaccination contre le tétanos : _____

(La mise à jour de ce vaccin est obligatoire.)

- Advenant qu'un jeune requiert un médicament, des rayons-X ou un traitement médical quelconque, ses parents ou tuteur seront avisés dans le plus bref délai.
- Advenant une urgence chirurgicale, j'autorise le Camp Patmos d'hospitaliser mon jeune et aux médecins traitant de lui prodiguer un traitement approprié, d'ordonner une injection, une anesthésie ou une chirurgie requise.
- Advenant l'éventualité d'un accident ou d'une maladie, le Camp Patmos et son personnel sont, par la présente autorisation, libérés de toute responsabilité légale.

Numéro d'assurance maladie du jeune : _____ Expiré _____

Nom du médecin de famille : _____ No de téléphone : _____

Signature d'un des parents ou du tuteur : _____ Date _____

Téléphone en cas d'urgence : _____ Courriel _____