

# FICHE MÉDICALE

## AVENTURE AU PAYS DES CARIBOUS



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : rés : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Pour les enfants d'âge mineur :

Nom du père : \_\_\_\_\_  
Tél. rés : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_  
Nom de la mère : \_\_\_\_\_  
Tél. rés : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Numéro Ass-maladie au Québec seulement : \_\_\_\_\_

Intolérances alimentaires – poisson, poulet, autres : \_\_\_\_\_  
Êtes-vous végétarien : oui  non

Souffrez-vous de maladies ou d'allergies (insectes, sapin, etc.)? Veuillez nous donner des détails :

---

---

---

---

Prenez-vous des médicaments ? oui  non   
Si oui, lesquels, la quantité et la fréquence : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_  
ou  
Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

