

CAMP DE JOUR ESTIVAL
Fiche personnelle de l'enfant



Prénom et nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Numéro d'assurance-maladie : _____

Allergie(s) :

Pénicilline Pollen Insectes Animaux (spécifiez) : _____

Aliments (spécifiez) : _____

Autres (spécifiez) : _____

Épipen

Est-ce que votre enfant présente des maladies ou prend des médicaments ?

Asthme Épilepsie

Autre médication (spécifiez) : _____

Est-ce que votre enfant...

- s'est déjà fait garder par des personnes autres que la famille proche ? _____
Pendant combien de temps? _____
- a de la difficulté à se séparer de vous ? _____
- a l'habitude de jouer avec d'autres enfants de son âge ? _____
- fait une sieste dans la journée ? _____
- s'endort avec un objet quelconque ? _____
- est propre le jour ? _____ La nuit ? _____
- Quel est son jeu préféré ? _____

En quelques mots, décrivez-nous votre enfant :

Qui, autres que vous, seront autorisés à venir chercher votre enfant ? Prénom, nom et lien avec l'enfant.

