

Informations médicales / médicaments

Participant :	Dates de participation :
Parent / tuteur :	Téléphone :
Nom / adresse du médecin de famille :	Téléphone :
Veuillez indiquer ci-dessous toute condition médicale, maladie, intervention chirurgicale et tout désordre ou problème dont le participant a souffert ou souffre actuellement.	
Si le participant souffre d'une condition médicale particulière, quels en sont les principaux symptômes?	
Administration d'un médicament (s'il y a lieu)	
Nom du médicament	
Effets secondaires	
Type d'administration	
Dosage et voie d'administration	
Instructions d'entreposage	
Directives particulières*	
*Veuillez indiquer toute directive particulière pour l'administration du médicament : p. ex., prendre avec de la nourriture, avec ou sans eau, etc.	

Placer une photo du participant ci-dessous.

Signature du parent ou tuteur

Signature du directeur du Camp d'été des Coyotes