



Pok-O-MacCready Outdoor Education Center
FORMULAIRE DE SANTÉ ET
PERMISSION PARENTALE
(Requis par le Département de Santé de l'État de New York)

ÉCOLE: _____ Date(s) de séjour: ____/____/____ - ____/____/____

Renseignements personnels

Nom de l'élève: _____ Tél. résidence: (____) _____
Parent ou gardien: _____ Tél. cellulaire: (____) _____
Adresse: _____ Tél. au travail/bureau: (____) _____
Ville: _____ État ou Province: _____ Code postal: _____

Historique de Santé (Cochez si cas échéant)

Gripes fréquentes _____	Maux de ventre _____
Maux de gorge fréquents _____	Bronchites _____
Otitites fréquentes _____	Asthme _____
Sinusites _____	Attaques/épilepsie _____
Autre(s): _____	Diabète _____

Date du dernier examen médical: ____/____/____
Date de naissance: ____/____/____ Âge: _____
Taille: _____ pi. _____ po.
Poids: _____ lbs.

Allergies (Piqûres d'abeilles, Nourriture, Médicaments, autres)

Veillez décrire l'allergie et la réaction qui en suit:

Restrictions alimentaires (intolérance à certains aliments, en raison de croyances religieuses, végétarien, autres)

Des **Médicaments** accompagnent mon enfant: Oui _____ Non _____

Si oui, SVP indiquer le nom de marque (non générique), la posologie, ainsi que des directives pertinentes:

Numéro d'Assurance Maladie Provinciale: _____

Assurance supplémentaire: Nom de la compagnie & Numéro de Police : _____

Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance: (____) _____

Autres renseignements auxquels nous devons être mis au courant à propos de votre enfant (maladies récentes, conditions existantes, etc.):

Immunisations (Requis par le Département de Santé de l'État de New York)

Diptérie/Tétanos _____	Rougeole _____	Oreillons _____
Polio _____	Rubéole _____	Vaccin de rappel pour le Tétanos _____

Mon enfant a reçu toutes les immunisations requises par la province de _____ pour l'entrée scolaire: OUI _____ NON _____

Renonciation de publication de photos

Je **n'accorde pas** la permission d'utiliser la photo de mon enfant dans toute publication de Pok-O-MacCready Education Center, incluant le site web, www.pmoec.org.

Si non, SVP initialez _____

Permission Parentale

En cas d'urgence médicale, je comprends que tout effort sera exécuté afin de contacter les parents ou le gardien de l'enfant ci-haut nommé. Dans l'éventualité où je ne puisse être rejoint, je, par la présente, donne la permission au médecin choisi par Pok-O-MacCready Outdoor Education Center d'hospitaliser, de procurer les traitements appropriés, et d'ordonner des injections, anesthésie, et chirurgie pour mon enfant ci-haut nommé. De plus, je donne la permission aux employés de Pok-O-MacCready à administrer des premiers soins à mon enfant par tous les moyens prévus selon leur formation et capacités.

JE COMPRENDS ET CERTIFIES que la participation de mon enfant chez Pok-O-MacCready et ses activités est volontaire, et je me suis familiarisé(e) avec les programmes et activités du Centre. Je reconnais que les risques et dangers sont inhérents à certaines de ces activités, spécialement (mais non limité à) les excursions en bateau, les sports à contact physique, le cyclisme en montagne, les parcours sur cordes près du sol, la varappe, l'escalade sur glace, glissade sur tube, les randonnées en montagne et les expéditions en canoë (où les enfants peuvent être éloignés de services médicaux par quelques heures). Je reconnais davantage que Pok-O-MacCready Outdoor Education Center a pris des mesures de sécurité afin de minimiser les blessures aux élèves, et que Pok-O-MacCready Outdoor Education Center ne peut pas assurer ou garantir que les participants, l'équipement, les locaux et/ou activités soient exempts de danger, accidents et/ou blessures.

Par la présente, je consens à ce que _____ soit en mesure de participer à toutes ces activités, sauf celle(s) que j'ai mentionné au verso de ce formulaire.

Nom de l'élève

Signature du Parent ou du Gardien

Date