

**Le Centre de l'Éducation au Plein Air POK-O-MACCREADY Outdoor Education Center**  
**FORMUAIRE DE LA SANTE ET DE L'AUTORISATION DES PARENTS**  
 (Nécessité par le département de la santé de l'état de New York)



**L'information général**

Nom de l'étudiant: \_\_\_\_\_ Téléphone (domicile): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Parent ou Gardien: \_\_\_\_\_ Téléphone (portable): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Téléphone (travail): (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

**Antécédents Médicaux (Marquer si applicable)**

Rhumes fréquents ?      Maux à l'estomac ?  
 Maux de gorge fréquents ?      Bronchite ?  
 Mal d'oreille fréquent ?      Asthme ?  
 Sinusites ?      Convulsions ?  
 Diabète ?      Autre: \_\_\_\_\_

**Réactions Allergiques:**

**Piqûre d'abeille:**  
 Besoin de traitement immédiat: \_\_\_\_\_  
**Médicamenteux:** \_\_\_\_\_  
 Besoin de traitement immédiat: \_\_\_\_\_  
**Alimentaires:** \_\_\_\_\_  
 Besoin de traitement immédiat: \_\_\_\_\_  
**Autres:** \_\_\_\_\_  
 Besoin de traitement immédiat: \_\_\_\_\_

Date du dernier examen médical: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_  
 Hauteur: \_\_\_\_ ft. \_\_\_\_ in.  
 Poids: \_\_\_\_ lbs.

\_\_\_\_\_  
 (Signature du Parent ou Gardien)

L'étudiant apporte ses propres médicaments: Oui ? Non ?

Indiquer la posologie et les informations pertinentes: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom et numéro de référence de la compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de la compagnie d'assurance: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Autres informations médicales pertinentes (maladies récentes, problèmes de santé, etc.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dates des derniers vaccins de l'étudiant: (Nécessité par le département de la santé de l'état de New York)**

DCT (rappel) \_\_\_\_\_ Rougeole \_\_\_\_\_ Oreillon \_\_\_\_\_

Sabin \_\_\_\_\_ Rubéole \_\_\_\_\_ Tétanos (rappel) \_\_\_\_\_

Mon enfant a reçu tous les vaccins nécessaires pour fréquenter l'école: Oui ? Non ?

J'accepte que le centre au plein air Pok-o-MacCready emploie des photographes de mon enfant dans sa publicité et son programme.

**Parental Permission**

En cas d'urgence, il est entendu que tous les efforts seront déployés afin de contacter les parents ou les personnes responsables inscrites sur ce formulaire. Toutefois, si cela était impossible, je donne l'autorisation au médecin choisi par le centre d'hospitaliser, de donner les soins appropriés (injection, anesthésie, ou opération) à mon enfant. Je donne également la permission au personnel du Centre Pok-O-MacCready de donner les premiers soins à mon enfant à la limite de leurs habilités.

Je comprends que la participation de l'étudiant au centre de l'éducation au plein air ainsi qu'à ses activités est volontaire et je me suis familiarisé(e) avec le programme et les activités du centre. Je reconnais que certain risques et dangers peuvent survenir lors des activités (surtout, mais pas limité à, sports de contact, vélo de montage, course à obstacles, escalade, escalade sur glace, randonnée pédestre, canot, etc.), et que les randonnées sont souvent loin des services médicaux. Il est bien entendu que le centre de l'éducation au plein air a pris des mesures afin de réduire les risques d'accidents et de blessures, et que le centre ne peut ni assurer ni garantir que les participants, les prémisses, et les activités soient libre de dangers, d'accidents, ou de blessures.

Je donne donc la permission à \_\_\_\_\_ de participer à toutes les activités du centre, sauf ces exceptions: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Signature du Parent ou Gardien

\_\_\_\_\_  
 Date