

## FICHE DE CONDITION MÉDICALE – PARTICIPANTS 2025



INFORMATIONS DU CAMPEUR	
Prénom / nom	
Âge	
Condition médicale	

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES	
Détail sur la Cond.Médi.	
Symptômes:	
Temps de réaction (habituellement)	
Traitements, si possible	
Déjà arrivé dans le passé ?	

### AUTORISATION DU PARENT

Je, soussigné.e, autorise le personnel d'Air-Eau-Bois à administrer les traitements nécessaire selon les instructions fournies.

Nom du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Signature du tuteur : \_\_\_\_\_

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

## FICHE DE MÉDICAMENTS – PARTICIPANTS 2025

INFORMATIONS DU CAMPEUR	
Prénom / nom	
Âge	
Diagnostique	
Allergie	

REGISTRE DES MÉDICAMENTS					
Nom du médicament	Dosage (ex: 2x25mg)	Moment	Fréquence (ex : 2 fois /jour)	Durée (ex : 5 jrs)	Instructions spéciales (ex : en mangeant / av. déj)
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			
		<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> Souper <input type="checkbox"/> Coucher			

### AUTORISATION DU PARENT

Je, soussigné.e, autorise le personnel d’Air-Eau-Bois à administrer les médicaments listés ci-dessus selon les instructions fournies.

Nom du tuteur légal : \_\_\_\_\_

Signature du tuteur : \_\_\_\_\_

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

NOTES SUPPLÉMENTAIRES (FACULTATIF):

---

---