

Camp de jour de la semaine de relâche Municipalité de Notre-Dame-des-Pins

Fiche santé

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

| | | | |
|---------------------------|--|-----------------------------------|---|
| Nom de l'enfant : | | Sexe : | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Prénom : | | Âge lors du séjour : | |
| Adresse : | | Date de naissance : | |
| Code postal : | | N° d'assurance-maladie (enfant) : | |
| Téléphone: | | Date d'expiration : | |
| Nom du médecin traitant : | | Clinique ou hôpital : | |
| Téléphone du médecin : | | | |

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Prénom et nom du PÈRE : | Prénom et nom de la MÈRE : |
| Téléphone (travail) : Poste : | Téléphone (travail) : Poste : |
| Cellulaire ou autre numéro : | Cellulaire ou autre numéro : |

3. EN CAS D'URGENCE

| | |
|---|----------------------|
| Personne à joindre en cas d'URGENCE : | |
| Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> | |
| Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE : | |
| Prénom et nom : | Prénom et nom : |
| Lien avec l'enfant : | Lien avec l'enfant : |
| Téléphone (rés.) : | Téléphone (rés.) : |
| Téléphone (autre) : | Téléphone (autre) : |



4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

| | | | |
|--|---|---|---|
| Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? | | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, Date : _____ Raison : _____ | | | |
| Blessures graves | | Maladies chroniques ou récurrentes | |
| Date : | | Date : | |
| Décrire : | | Décrire : | |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes? | | Souffre-t-il des maux suivants? | |
| Varicelle | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Asthme | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Oreillons | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Diabète | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Épilepsie | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Migraines | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autres, précisé : | | Autres, précisé : | |

5. ALLERGIES

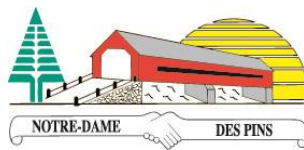
| | |
|------------------------------------|---|
| Votre enfant a-t-il des allergies? | |
| Fièvre des foins | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Herbe à puce | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Piqûres d'insectes | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Animaux* | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Médicaments* | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Allergies alimentaires* | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| *Préciser : | |

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?
Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Municipalité de Notre-Dame-des-Pins à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent



6. MÉDICAMENTS

| | |
|--|---|
| Votre enfant prend-il des médicaments? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, noms des médicaments : | Posologie : |
| Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Préciser : |

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Camp de jour de la municipalité de Notre-Dame à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, précisé : _____

Signature de la mère ou du père : _____

Date : _____

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.



8. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

| | |
|--|---|
| Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Préciser : | |
| Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, décrire : | |
| Votre enfant mange-t-il normalement? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si non, décrire : | |
| Votre enfant porte-t-il des prothèses? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, décrire : | |
| Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, expliquer : | |

9. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le camp de jour de la Municipalité prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la municipalité de Notre-Dame-des-Pins.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise la municipalité de Notre-Dame-des-Pins à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la responsable du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Municipalité et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date : _____