

Camp de jour les Tortilles

FICHE SANTÉ

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'ENFANT :		Âge lors du camp de jour :	
Prénom de l'ENFANT		Date de naissance :	
Code postal :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom, nom du PARENT 1 :	
Téléphone (travail) :	
Poste :	
Cellulaire ou autre numéro :	
Prénom, nom du PARENT 2 :	
Téléphone (travail) :	
Poste :	
Cellulaire ou autre numéro :	

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :
Parent 1 et Parent 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <input type="checkbox"/>

Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :

Prénom, nom :		Prénom, nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone :		Téléphone :	
Téléphone (autre) :		Téléphone (autre) :	

4. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Préciser :	



Camp de jour les Tortilles

FICHE SANTÉ

4. CONDITIONS ET ALLERGIES (SUITE)

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la municipalité de Saint-Hippolyte à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant. _____ Signature du parent	

5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, pour quelle condition :	Nom du médicament et posologie :
Les prend-il lui-même?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Détail :	

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez, 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.

6. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

BAIGNADE

Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	

SUIVI PARTICULIER

Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	
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, préciser :	



Camp de jour les Tortilles

FICHE SANTÉ

8. AUTORISATION DES PARENTS

Étant donné que le Camp de jour de la Municipalité de Saint-Hippolyte 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 du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Hippolyte.

- OUI
- NON

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 la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

- OUI
- NON

J'autorise le Camp de jour de la Municipalité de Saint-Hippolyte à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Hippolyte le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

- OUI
- NON

Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Hippolyte et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

- OUI
- NON

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
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.