

FICHE SANTÉ 2019

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

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom : _____ N° d'assurance maladie (enfant) : _____
Nom : _____ Date d'expiration : _____

2. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Père et mère Père Mère Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE

| | | | |
|----------------|---------------|----------------|---------------|
| 1) Nom : _____ | Lien : _____ | 2) Nom : _____ | Lien : _____ |
| Tél. : _____ | Cell. : _____ | Tél. : _____ | Cell. : _____ |

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET ALLERGIES

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Votre enfant a-t-il des allergies? <input type="checkbox"/> Herbe à puce <input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes <input type="checkbox"/> Animaux <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Allergies alimentaires Autres, précisez : _____ | Votre enfant souffre-t-il des maux suivants? <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Migraines Autres, précisez : _____ | Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 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 Ville de Saint-Philippe à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant. _____ Signature du parent |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. MÉDICAMENTS

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Votre enfant prend-il des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, noms des médicaments et la posologie : _____ | Si oui, les prend-il lui-même? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|

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. Veuillez 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.

5. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Votre enfant présente des particularités comportementales? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, décrire : _____ | Votre enfant mange-t-il normalement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si non, décrire : _____ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|

AUTORISATION DES PARENTS

Le camp de jour 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 Ville de Saint-Philippe.

_____ Initiales

Je m'engage à transmettre à la direction du camp de jour, sans délai, toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant afin que le suivi approprié soit effectué.

_____ Initiales

En signant la présente, j'autorise le camp de jour à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction 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.

_____ Initiales

Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour et à venir la rencontrer au besoin, pour le bien de mon enfant et le bon déroulement des activités.

_____ Initiales

_____ Nom et prénom du parent ou tuteur

_____ Signature du parent ou tuteur

_____ Date de la signature