FICHE SANTÉ 2024

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





1. RENSEIGNEMENTS GÉN	NÉRAUX SUR L'ENFANT			
Prénom:	N° d'assurance maladie (enfant) :			
Nom de famille :		Date d'expiration :		
Personnes à joindre en cas d'URG	GENCE et autorisées à venir chercher votre e	nfant. (autres que les parents)		
1. Nom:	Lien:	Tél.:	Cell.:	
2. Nom:	Lien:	Tél.:	Cell. :	
Mon enfant est autorisé à partir seul :	: Oui 🗖 Non 🗖			
2. ANTÉCÉDENTS MÉDICA	AUX ET ALLERGIES			
Votre enfant a-t-il des allergies? Herbe à puce Piqûres d'insectes Animaux Médicaments Allergies alimentaires Autres, précisez: MÉDICAMENTS Votre enfant prend-il des médicame Si oui, les prend-il lui-même?	posologie et heure de la J'autorise le camp de jour de			
4. AUTRES INFORMATION	IS PERTINENTES Les questions qui su	uivent nous aideront à mieux interve	enir auprès de votre enfant	
Votre enfant présente-t-il des partic	ularités comportementales? 🗖 Oui 📮 Non	Votre enfant a-t-il un des diagnostique	s suivants :	
Si oui, décrire :		☐ TDA avec ou sans hyperactivité ☐ Trouble oppositionnel ☐ Trouble d'anxiété généralisé ☐ Retard intellectuel	☐ Trouble du spectre de l'autisme ☐ Trouble du langage ☐ Autres:	
Votre enfant a-t-il un suivi ou un accompagnement scolaire? ☐ Oui ☐ Non		Informations supplémentaires au sujet	de votre enfant :	
Si oui, j'autorise le camp de jour à communiquer avec l'intervenant :				

(prénom, nom)

Initiales

(tél.)

RISATION DES PARENTS

np de jour prendra des photos et/ou des vidéos au cours tivités de mon enfant durant l'été. Je l'autorise à se servir matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. matériel utilisé demeurera la propriété de la Ville de Sainte.

nitiales

ngage à transmettre à la direction du camp de jour, sans toutes modications concernant l'état de santé de mon

nitiales

temps, il est de l'obligation du parent de mentionner si fant présente des symptômes d'une maladie contagieuse nque (gastro, grippe, etc.).

nitiales

nant la présente, j'autorise le camp de jour à prodiguer miers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour nécessaire, je l'autorise également à transporter mon par ambulance ou autrement dans un établissement alier ou de santé.

nitiales

ngage à collaborer avec la direction du camp de jour et à rencontrer au besoin, pour le bien de mon enfant et le bon ement des activités.

nitiales

enfant ne respecte pas les règles décrites dans le code celui-ci sera expulsé avec remboursement, au prorata des nes restantes.

nitiales

me que tous les renseignements transmis dans ce nents sont exactes.

nı	tia	IOC
	uа	100

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

ENVOYER LE FORMULAIRE