

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT			
Prénom :		N° d'assurance maladie (enfant) :	
Nom de famille :		Date d'expiration :	
Personnes à joindre en cas d'URGENCE et autorisées à venir chercher votre enfant. (autres que les parents)			
1. Nom :	Lien :	Tél. :	Cell. :
2. Nom :	Lien :	Tél. :	Cell. :
3. Nom :	Lien :	Tél. :	Cell. :
2. ALLERGIES ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
Votre enfant a-t-il des allergies? Herbe à puce Piqûres d'insectes Animaux Médicaments Allergies alimentaires Autres, précisez :		Votre enfant souffre-t-il des maux suivants? Asthme Diabète Épilepsie Migraines Autres, précisez :	
Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux? Blessures graves Interventions chirurgicales Maladies chroniques ou récurrentes Autres, précisez :			
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 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 ou tuteur			
3. MÉDICAMENTS			
Votre enfant prend-il des médicaments de façon temporaire ? Oui Non		Si oui, les prend-il lui-même? Oui Non	
J'autorise le camp de jour de Saint-Philippe à donner (nom du médicament) _____ à mon enfant et ce du _____ au _____ 2026.			Initiales
Posologie : _____ Heure de la prise du médicament : _____			
J'autorise le camp de jour de Saint-Philippe à donner (nom du médicament) _____ à mon enfant et ce du _____ au _____ 2026.			Initiales
Posologie : _____ Heure de la prise du médicament : _____			
J'autorise le camp de jour de Saint-Philippe à donner (nom du médicament) _____ à mon enfant et ce du _____ au _____ 2026.			Initiales
Posologie : _____ Heure de la prise du médicament : _____			
4. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant			
Votre enfant présente-t-il des particularités comportementales? Oui Non		Votre enfant a-t-il un des diagnostics suivants :	
Si oui, décrire :		TDA avec ou sans hyperactivité Trouble du spectre de l'autisme Trouble oppositionnel Trouble d'anxiété généralisé	
Informations supplémentaires au sujet de votre enfant :		Retard intellectuel Trouble du langage Autres :	

FICHE SANTÉ 2026

Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre fiche du participant avant le 14 juin, sans quoi nous ne pourrions admettre votre enfant au camp de jour.

S.V.P. remplir une fiche par enfant

AUTORISATION DES PARENTS

Je m'engage à transmettre à la direction du camp de jour, sans délai, toutes modifications concernant l'état de santé de mon enfant.

____ Initiales

En tout temps, il est de l'obligation du parent de mentionner si son enfant présente des symptômes d'une maladie contagieuse quelconque (gastro, grippe, etc.).

____ 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

J'affirme que tous les renseignements transmis dans ce documents sont exactes.

____ Initiales

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature

