

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			
<b>À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE</b> 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.			<b>Initiales</b>
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.			<b>Initiales</b>
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.			<b>Initiales</b>
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 12 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

