

FICHE SANTÉ 2026

Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre fiche du participant avant le 12 juin, sans quoi nous ne pourrons 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 document sont exactes.

Initiales

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?	Votre enfant souffre-t-il des maux suivants?	Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux?
Herbe à puce	Asthme	Blessures graves
Piqûres d'insectes	Diabète	Interventions chirurgicales
Animaux	Épilepsie	Maladies chroniques ou récurrentes
Médicaments	Migraines	Autres, précisez:
Allergies alimentaires	Autres, précisez:	
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

Si oui, décrire:

Informations supplémentaires au sujet de votre enfant:

Votre enfant a-t-il un des diagnostic suivants:

TDA avec ou sans hyperactivité

Retard intellectuel

Trouble du spectre de l'autisme

Trouble du langage

Trouble oppositionnel

Autres:

Trouble d'anxiété généralisé

