



FICHE SANTÉ

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

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M ☐ F ☐
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :			
Téléphone :		Date d'expiration :	
Nom du médecin traitant :		Clinique ou hôpital :	
Téléphone du médecin :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui ☐ Non ☐	
Si oui, Date : _____ Raison : _____			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	Oui ☐ Non ☐	Asthme	Oui ☐ Non ☐
Oreillons	Oui ☐ Non ☐	Diabète	Oui ☐ Non ☐
Scarlatine	Oui ☐ Non ☐	Épilepsie	Oui ☐ Non ☐
Rougeole	Oui ☐ Non ☐	Migraines	Oui ☐ Non ☐
Autres, préciser : _____		Autres, préciser : _____	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date	A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui ☐ Non ☐		Fièvre des foins	Oui ☐ Non ☐
Rougeole	Oui ☐ Non ☐		Herbe à puce	Oui ☐ Non ☐
Rubéole	Oui ☐ Non ☐		Piqûres d'insectes	Oui ☐ Non ☐
Oreillons	Oui ☐ Non ☐		Animaux*	Oui ☐ Non ☐
Polio	Oui ☐ Non ☐		Médicaments*	Oui ☐ Non ☐
DcaT	Oui ☐ Non ☐		Allergies alimentaires*	Oui ☐ Non ☐
Autres, préciser : _____			*Préciser : _____	

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 Municipalité de Saint-Aimé-des-Lacs à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

6. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	Oui ☐ Non ☐
Préciser :	
Votre enfant présente-il des problèmes de comportement?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui ☐ Non ☐
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, expliquer :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui ☐ Non, et elle n'est pas renseignée ☐ Non, mais elle est renseignée ☐	
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?	

7. RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

--

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.

8. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de la Municipalité de Saint-Aimé-des-Lacs 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 du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Aimé-des-Lacs.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la municipalité de Saint-Aimé-des-Lacs à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Aimé-des-Lacs le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire et ce, au frais des parents.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la e Municipalité de Saint-Aimé-des-Lacs et à venir la rencontrer **si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.**

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

____/____/_____
Date