

FICHE DE SANTÉ (OBLIGATOIRE)

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant:		Sexe:	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom:		Âge lors du séjour:		
Adresse:		Date de Naissance:		
Code Postal:		N° d'assurance-maladie:		
Téléphone:		Date d'expiration:		

2. RÉPONDANTS 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: <input type="checkbox"/>	Mère: <input type="checkbox"/>	Père: <input type="checkbox"/>	Tuteur: <input type="checkbox"/>
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE (seulement deux svp):			
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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, Raison:			
Année:			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Année:		Année:	
Décrire:		Décrire:	
Souffre-t-il des maux suivants:			
Asthme :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Épilepsie:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Diabète:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Migraines:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Autres, précisez:			

5. ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez:			
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?			
Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
<p>À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE</p> <p>Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de Charlemagne à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.</p>			
<p>_____</p> <p>Signature du Parent</p>			

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments:		Posologie:	
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/>		Non <input type="checkbox"/>	
		Préciser:	

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les informations qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant. N'hésitez pas à contacter la coordonnatrice avant le début du camp si vous préférez discuter d'une spécificité de votre enfant:

(450) 581-2541 poste 29

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez:		
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement, cognitifs, socio-affectifs ou liés à l'intimidation?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez:		
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, précisez:		
Votre enfant porte-t-il des prothèses ou présente-t-il des troubles de la motricité?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire:		
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer:		

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise la coordonnatrice du Camp de jour de la ville de Charlemagne à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) | |

Signature de la mère ou du père/ tuteur(e): _____ Date: _____

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.

9. AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente :

- Je permets à la ville de Charlemagne l'utilisation de photographies dans lesquelles apparaît mon enfant à des fins publicitaires dans le cadre de sa programmation. Le matériel demeurera la propriété de la Ville.
- J'autorise le personnel à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis et à le transporter par ambulance, ou autrement, dans un établissement de santé.
- S'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les responsables des activités à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état. Je reconnais qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire si la vie de l'enfant est en danger ou son intégrité menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile.
- La Ville de Charlemagne n'est pas responsable en cas de vol, de bris ou de perte d'objet.
- J'atteste que les renseignements inscrits sont exacts.
- J'ai pris connaissance et j'accepte l'ensemble des informations relatives au camp de jour.

Signature du parent/tuteur : _____ Date: _____