

Camp de jours aux Quatre-Vents-2025

FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

**Vous devez nous retourner la fiche santé par courriel après l'inscription.
S.V.P., remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant		Prénom de l'enfant	
Sexe de l'enfant	Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>	Non déterminé <input type="checkbox"/>	Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>
Date de naissance		Âge au début du camp :	
Adresse et code postal		Téléphone	
N° d'assurance-maladie (enfant) :		Date d'expiration	

2. DATES DE PRÉSENCE AU CAMP

√	Semaine de camp	Dates	√	Semaine de camp	Dates
	Semaine 1	23,25,26 et 27 juin		Semaine 5	21,22,23,24 et 25 juillet
	Semaine 2	30 juin, 2,3,4 juillet		Semaine 6	28,29,30 et 31 juillet, 1 ^{er} août
	Semaine 3	7,8,9,10 et 11 juillet		Semaine 7	4,5,6,7 et 8 août
	Semaine 4	14,15,16,17 et 18 juillet		Semaine 8	11,12,13,14 et 15 août

3. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du parent #1	Prénom et nom du parent #2 :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :
Courriel:	Courriel:

4. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : LES PARENTS PARENT #1 PARENT #2 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) :

5. 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 :	Vaccins
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser :	
		A-t-il reçu les vaccins suivants?	
		Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Autres, préciser :	

6. ALLERGIES

A-t-il des allergies?	Oui	Intolérance	Non	Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en raison de ses allergies ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À signaler si vous avez répondu Oui Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jours des Quatre-Vents à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant. Signature du parent :
Rhume des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herbe à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Animaux*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Médicaments*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergies alimentaires* Précisez :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Si votre enfant doit prendre de la médication lors d'une intolérance, veuillez l'indiquer dans la section MÉDICAMENTS.

7. MÉDICAMENTS SOUS ORDONNANCE

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, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Ibuprophène (Advil, Montrin)
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Antihistaminique (Benadryl)

- Crème solaire personnelle
- Insectifuge
- Autre, préciser : _____

J'autorise le personnel du Camp de jour aux Quatre-Vents et de la Municipalité de Saint-Jude à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

9. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Y a-t-il des particularités à considérer dans les situations suivantes :			
Besoins spécifiques	Oui	Non	Si oui, expliquez
Alimentation			
Nage (A-t-il besoin d'une veste de flottaison individuelle ?)			
Déplacement			
Motricité globale			
Motricité fine			
Comportement			
Adaptation au changement			
Activités auxquelles l'enfant ne peut participer			
Prothèses, lunettes ou autre équipement nécessaires			
Suivi particulier durant l'année (médecin, spécialistes, CLSC, technicien, travailleur social, etc.)			
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>			
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?			

Veillez 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.

10. AUTORISATIONS

	J'autorise la responsable des loisirs de la Municipalité de Saint-Jude et le responsable du Camp de jours aux Quatre-Vents à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.
	Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec le camp.
Signature du parent ou tuteur:	Date :
Nom du parent ou du tuteur (lettres moulées) :	