

## Camp de jours aux Quatre-Vents-2026

### FICHE SANTÉ ET DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

**Vous devez nous retourner la fiche santé et de consentement par courriel avant la première journée du camp.**

**S.V.P., remplir une fiche par enfant.**

#### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

<b>Nom de l'enfant</b>		<b>Prénom de l'enfant</b>	
Sexe de l'enfant	Masculin      Féminin	Non-déterminé	Préfère ne pas répondre
Date de naissance		Âge au début du camp :	
Adresse et code postal		Téléphone	
No d'assurance-maladie (enfant) :		Date d'expiration	

#### 2. DATES DE PRÉSENCE AU CAMP

<input checked="" type="checkbox"/>	Semaine de camp	Dates	<input checked="" type="checkbox"/>	Semaine de camp	Dates
<input type="checkbox"/>	Semaine 1	29,30 juin,2,3 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 5	26,27,28,29,30 juillet
<input type="checkbox"/>	Semaine 2	6,7,8,9,10 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 6	2,3,4,5,6 août
<input type="checkbox"/>	Semaine 3	13,14,15,16,17 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 7	9,10,11,12,13 août
<input type="checkbox"/>	Semaine 4	19,20,21,22,23 juillet	<input type="checkbox"/>	Semaine 8	16,17,18,19,20 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 : <input type="checkbox"/> Parent #1 : <input type="checkbox"/> Parent #2 : <input type="checkbox"/> Tuteur : <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Si oui,						
Date :		Raison :				
<b>Blessures graves</b>		<b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>				
Date :		Date :				
Décrire :		Décrire :				
		<b>Vaccins</b>				
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 :		Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date
				Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
				Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres, préciser :		Autres, préciser :		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 :		Autres, préciser :		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 " Non " <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>À signer si vous avez répondu Oui</b> 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*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Précisez : _____				
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nage (A-t-il besoin d'une veste de flottaison individuelle ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déplacement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motricité globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Motricité fine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Adaptation au changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Activités auxquelles l'enfant ne peut participer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Prothèses, lunettes ou autre équipement nécessaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suivi particulier durant l'année (Médecin, spécialistes, CLSC, technicien, travailleur social, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<b>Fille</b> : A-t-elle commencé à être menstruée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, elle n'est pas renseignée. <input type="checkbox"/> Non, elle est renseignée Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet ? Si oui :			

**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 ET OBLIGATIONS

J'autorise le/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.

J'autorise à ce que mon enfant soit pris en photo et que les photos soient publiées sur les réseaux sociaux des Loisirs à des fins promotionnels.

Oui

Oui, mais que dans le groupe Facebook privé du camp de jour

Non

Signature du parent ou tuteur :

Date :

Nom du parent ou du tuteur (lettres moulées) :