**CAMP DE JOUR 2023**

Photo de l’enfant

**FICHE SANTÉ**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de famille : |       | Prénom : |       |
| Adresse : |       |
| Code postal : |       | Sexe : | M [ ]  F [ ]  |
| Date de naissance : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Âge au 30 septembre : |       |
| # ass-maladie : |       | Date d’exp. : |       |
| Nom du médecin : |       | Téléphone du méd. : |       |
| Clinique ou hôpital : |       |

1. **RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT**
2. **RÉPONDANT(S) DE L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Parent 1 :** |       | **Parent 2 :** |       |
| Téléphone : |       | Téléphone : |       |
| Bureau : |       | Bureau : |       |
| Cellulaire : |       | Cellulaire : |       |

1. **EN CAS D’URGENCE**

|  |
| --- |
| Personne à joindre en cas d’urgence : Père et Mère [ ]  Père [ ]  Mère [ ]  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 : |       | Téléphone : |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si oui, raison : |       | Date : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| **Blessures graves** | **Maladie chronique ou récurrentes** |
| Date: |       | Date : |       |
| Décrire : |       | Décrire : |       |
| **A-t-il 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 [ ]  | Migraine | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Autres (précisez) |       | Autres(précisez) |       |
| **A-t-il des besoins particuliers? (Trouble de comportement, TDAH, TSA, Anxiété et etc.)** | Oui [ ]  Non [ ]  |
| *Précisez :*     *\* Si oui, S.V.P remplir le formulaire d’évaluation des besoins de l’enfant* |

1. **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**
2. **VACCIN ET ALLERGIES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Les vaccins suivants sont-ils à jours?** | **A-t-il des allergies?** |
| Tétanos  | Oui [ ]  Non [ ]  | Fièvre des foins | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Oreillons | Oui [ ]  Non [ ]  | Herbe à puce | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Rubéole | Oui [ ]  Non [ ]  | Piqûres d’insectes | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Rougeole | Oui [ ]  Non [ ]  | Animaux (précisez) |       |
| Polio | Oui [ ]  Non [ ]  | Médicaments (précisez) |       |
| DCAT | Oui [ ]  Non [ ]  | Allergies alimentaires |       |
| Autres (précisez) |       | Autres(précisez) |       |

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d’adrénaline (Epipen, Ana-Hit ou autres auto-injecteur d’adrénaline)?

Oui [ ]  Non [ ]

**À SINGNER SI VOTRE ENFANT À UNE DOSE D’ADRÉNALINE**

Par la présente, j’autorise les personnes désignées par le camp de jour aux Quatre-Vents à administrer, en cas d’urgence, la dose d’adrénaline      à mon enfant (tel nommée à la partie 1).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature du parent Date

1. **MÉDICAMENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant prend-t-il des médicaments? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Si oui : | Nom des médicaments :      | Posologie :      |
| Le prend-t-il lui-même? | Oui [ ]  Non [ ]  | Précisez :      |
| ***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.* |

1. **AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l’eau? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Précisez : |       |
| Votre enfant doit-il porter en tout temps un vêtement de flottaison dans l’eau? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Précisez : |       |
| Votre enfant mange-t-il normalement? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Précisez : |       |
| Votre enfant porte-il des prothèses? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Précisez : |       |
| Y’a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Précisez : |       |

1. **MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Signature du parent**  **Date**

|  |  |
| --- | --- |
| J’autorise le personnel du camp de jour aux Quatre-Vents à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnances en ventes libre : | Oui [ ]  Non [ ]  |
| **Cocher les médicaments :** |
| Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | Oui [ ]  Non [ ]  | Ibuprofène (Advil, Montrin) | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Antihistaminique (Benadryl) | Oui [ ]  Non [ ]  | Polysporin | Oui [ ]  Non [ ]  |
| Crème solaire | Oui [ ]  Non [ ]  | Insectifuge | Oui [ ]  Non [ ]  |

*Veuillez prendre note que toutes 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.*

1. **AUTORISATION DES PARENTS**

(S.V.P. mettre vos initiales)

|  |  |
| --- | --- |
| Étant donné que le camp de jour aux Quatre-Ventres prendra des photos de mon enfant durant l’été, je l’autorise à prendre des photos qui seront remis aux enfants et conserver par Les Loisirs de Saint-Jude. En aucun cas, les photos seront utilisées pour des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour aux Quatre-Vents. |       |
| 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 aux Quatre-Vents à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si le camp de jour aux Quatre-Vents le juge nécessaire, je l’autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. |       |
| Je m’engage à collaborer avec la direction du camp de jour aux Quatre-Vents et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nui au bon déroulement des activités. |       |

**Nom du parent ou tuteur Signature**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Date**