**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**