



CAMP DE JOUR 2023

FICHE SANTÉ

Photo de  
l'enfant

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.**

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

**1. RENSEIGNEMENT GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT**

Nom de famille :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :		Âge au 30 septembre :	
# ass-maladie :		Date d'exp. :	
Nom du médecin :		Téléphone du méd. :	
Clinique ou hôpital :			

**2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT**

<b>Prénom et nom du père :</b>		<b>Prénom et nom de la mère :</b>	
Téléphone :		Téléphone :	
Bureau :		Bureau :	
Cellulaire :		Cellulaire :	

**3. EN CAS D'URGENCE**

Personne à joindre en cas d'urgence : Père et Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Deux <b>autres</b> personnes à joindre en cas d'URGENCE :			
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone :		Téléphone :	

#### 4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, raison :		Date :	
<b>Blessures graves</b>		<b>Maladie chronique ou récurrentes</b>	
Date:		Date :	
Décrire :		Décrire :	
<b>A-t-il eu les maladies suivantes?</b>		<b>Souffre-t-il des maux suivants?</b>	
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"/>	Migraine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres (précisez)		Autres(précisez)	
<b>A-t-il des besoins particuliers? (Trouble de comportement, TDAH, TSA, Anxiété et etc.)</b>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<u>Précisez :</u>			
* Si oui, S.V.P remplir le formulaire d'évaluation des besoins de l'enfant			

#### 5. VACCIN ET ALLERGIES

Les vaccins suivants sont-ils à jours?		A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux (précisez)	
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicaments (précisez)	
DCAT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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).

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

## 6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-t-il des médicaments?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui :	Nom des médicaments :	Posologie :
Le prend-t-il lui-même?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez :
<b><i>Si votre enfant doit prendre des médicaments</i></b> , vous devez, 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

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :			
Votre enfant doit-il porter en tout temps un vêtement de flottaison dans l'eau?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :			
Votre enfant mange-t-il normalement?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :			
Votre enfant porte-il des prothèses?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :			
Y'a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :			

## 8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

\_\_\_\_\_  
**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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		
<b>Cocher les médicaments :</b>					
Acétaminophène (Tylenol, Tempra)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Ibuprofène (Advil, Montrin)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Antihistaminique (Benadryl)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Polysporin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Crème solaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Insectifuge	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

*Veillez 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.*

## 9. AUTORISATION DES PARENTS

Étant donné que le camp de jour aux Quatre-Vents prendra des photos de mon enfant durant l'été, je l'autorise à prendre des photos qui seront remis aux enfants et conserver par la Municipalité d'Upton. En aucun cas, les photos seront utilisées pour des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de la Municipalité d'Upton.	
Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent 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 nuit au bon déroulement des activités.	

\_\_\_\_\_  
**Nom du parent ou tuteur**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**