



Fiche de santé

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d'information auprès du personnel afin d'assurer la sécurité des participants

		N° de formulaire :	
		(À l'usage de la municipalité)	
1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT			
Nom de l'enfant :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Prénom :		Âge :	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :		Année scolaire en cours :	
Téléphone:		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
		Date d'expiration :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT			
Prénom :		Prénom :	
Nom de famille :		Nom de famille :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Adresse :		Adresse :	
Téléphone	Maison :	Téléphone	Maison :
	Bur. :		Bur. :
	Cell. :		Cell. :
Courriel :		Courriel :	

3. EN CAS D'URGENCE			
Personne à joindre en cas d'URGENCE :			
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <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) :	

4. QUITTE AVEC...	
Est-ce que votre enfant a la permission de quitter seul à la fin de la journée?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Généralement, votre enfant quitte...	<input type="checkbox"/> À pied <input type="checkbox"/> avec un parent <input type="checkbox"/> Autres* *Précisez :
Est-ce qu'il y a des gens qui ne peuvent pas venir chercher votre enfant?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez quels gens :

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 :			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Descrite :		Descrite :	
Autres, précisions :		Autres, précisions :	
Autres particularités			
Troubles cardiaques		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
Troubles visuels		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> lentilles



Fiche de santé

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d'information auprès du personnel afin d'assurer la sécurité des participants

Troubles auditifs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui : <input type="checkbox"/> Appareil
Troubles moteurs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui
Troubles de langage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
Trouble du spectre de l'autisme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
Trouble de l'attention (TDA)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui : <input type="checkbox"/> avec hyperactivité (TDAH)
Handicap physique	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
Handicap intellectuel	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez :
Autres troubles		

6. ALLERGIES ET AUTRES MAUX

A-t-il des allergies?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	*Préciser :	
Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
*Préciser :			

VOTRE ENFANT À UNE OU DES ALLERGIES

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui Non

Est-ce que votre enfant peut s'administrer lui-même une dose d'adrénaline?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la municipalité de Compton à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

7. MÉDICAMENTS

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 :

8. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant sait-il nager?	Oui <input type="checkbox"/>
Préciser :	Non <input type="checkbox"/>
	Avec flotteur <input type="checkbox"/>



Fiche de santé

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d'information auprès du personnel afin d'assurer la sécurité des participants

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant a-t-il des difficultés relationnelles ou affectives?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
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"/>
Si oui, expliquer :	
Votre enfant peut-il s'appliquer lui-même de la crème solaire?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, acceptez-vous qu'un animateur applique la crème solaire à l'enfant	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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.

9. AUTORISATION DES PARENTS

Cochez les énoncés que vous autorisez.

- Étant donné que le Camp de jour de la municipalité de Compton prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de la municipalité de Compton.
- 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 de la municipalité de Compton à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire en cas d'urgence.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la municipalité de Compton et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- Le Camp de jour de la municipalité de Compton se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

