

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE VAL-ALAIN

FICHE SANTÉ

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

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M ☐ F ☐ AUTRE ☐
Prénom :		Âge au 25 juin :	
Adresse :		Date de naissance :	
Code postal :		Téléphone :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PARENT 1 :	Prénom et nom du PARENT 2 :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Parent 1 et Parent 2 ☐	Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Tuteur(s) ☐
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. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui ☐ Non ☐	Fièvre des foins	Oui ☐ Non ☐
Diabète	Oui ☐ Non ☐	Herbe à puce	Oui ☐ Non ☐
Épilepsie	Oui ☐ Non ☐	Piqûres d'insectes*	Oui ☐ Non ☐
Migraines	Oui ☐ Non ☐	Animaux*	Oui ☐ Non ☐
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui ☐ Non ☐
		Allergies alimentaires*	Oui ☐ Non ☐
		*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies?
 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 Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

 Signature du parent

5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui ☐ Non ☐	Préciser :

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.

6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINS

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui ☐ Non ☐	
Si oui, Date : _____ Raison : _____			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		A-t-il reçu les vaccins suivants?	Date
Varicelle	Oui ☐ Non ☐	Tétanos	Oui ☐ Non ☐
Oreillons	Oui ☐ Non ☐	Rougeole	Oui ☐ Non ☐
Scarlatine	Oui ☐ Non ☐	Rubéole	Oui ☐ Non ☐
Rougeole	Oui ☐ Non ☐	Oreillons	Oui ☐ Non ☐
Autres, préciser :		Polio	Oui ☐ Non ☐
		Autres, préciser :	

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	Oui ☐ Non ☐
Préciser :	
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, préciser :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui ☐ Non ☐

Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, expliquer :	

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.

8. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de la Municipalité Val-Alain prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant 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 Val-Alain.
 - OUI ☐
 - NON ☐
- 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.
 - OUI ☐
 - NON ☐
- J'autorise le Camp de jour de la Municipalité Val-Alain à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité Val-Alain le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
 - OUI ☐
 - NON ☐
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité Val-Alain et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
 - OUI ☐
 - NON ☐

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date