



FICHE SANTÉ

S.V.P. remplir une fiche par enfant Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription au plus tard le 27 mai 2022 (ces fiches sont confidentielles et seront accessibles au personnel du camp de jour uniquement afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence. Il est important de remplir toutes les sections. Merci !)

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		
Prénom :		
Âge :		
Adresse :		
Code postal :		
Numéro d'assurance maladie :		Expiration :

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PARENT 1 :	Prénom et nom du PARENT 2 :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : 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 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <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. PROBLÈMES DE SANTÉ

Souffre-t-il des maux suivants?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :	
A-t-il des allergies ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez 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 de St-Sylvestre 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 <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 :

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. 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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducatrice(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	

7. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de la Municipalité de St-Sylvestre 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 de St-Sylvestre.
 - 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
- En cas de symptômes de Covid-19, je m'engage à respecter les recommandations émises par la Santé publique.
 - OUI
 - NON

- J'autorise le Camp de jour de la Municipalité de St-Sylvestre à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de St-Sylvestre 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
- J'autorise le personnel du Camp de jour de la Municipalité de St-Sylvestre à appliquer de la crème solaire à mon enfant.
 - OUI
 - NON
- Je m'engage à collaborer avec le personnel du Camp de jour de la Municipalité de St-Sylvestre 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