

CAMP DE JOUR DE LA VILLE D'AMQUI

FICHE SANTÉ

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/ /
Âge au 30 septembre dernier:		Dernière année d'études complétée :	
Numéro ass.-maladie :		Date expiration :	/ /
Nom du médecin :		Téléphone médecin :	

2. REpondant(S) DE L'ENFANT

Nom du père :		Nom de la mère :	
Tuteur :			
Adresse :		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			

4. SERVICE DE GARDE

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?	
Le matin : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le soir : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
QUI EST AUTORISÉ À VENIR CHERCHER L'ENFANT	
Nom :	Lien avec l'enfant :
Nom :	Lien avec l'enfant :
Nom :	Lien avec l'enfant :
Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> le soir. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

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	Date :	Maladies chroniques ou récurrentes	Date :				
Décrire :		Décrire :					
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?				Souffre-t-il des maux suivants?			
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/>	Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/>

6 VACCINS ET ALLERGIES

Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insecte	Oui <input type="checkbox"/>	Animaux	Oui <input type="checkbox"/>
Médicaments	Oui <input type="checkbox"/>			Alimentaires	Oui <input type="checkbox"/>		

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) 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 Ville d'Amqui à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent

Votre enfant a-t-il reçu un des diagnostics suivants?

Difficulté auditive	Oui <input type="checkbox"/>	Déficiência intellectuelle	Oui <input type="checkbox"/>	Difficulté physique	Oui <input type="checkbox"/>	Autisme	Oui <input type="checkbox"/>
Difficulté visuelle	Oui <input type="checkbox"/>	Trouble envahissant du développement	Oui <input type="checkbox"/>	Trouble de langage et de la parole	Oui <input type="checkbox"/>	Problème de santé mentale	Oui <input type="checkbox"/>
TDA	Oui <input type="checkbox"/>	TDAH	Oui <input type="checkbox"/>	SGT	Oui <input type="checkbox"/>		

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, nom du médicament		Posologie :	
Les prend-il lui-même?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Si votre enfant doit prendre des médicaments, 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 (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

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

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau? Oui Non

Si oui, préciser : _____

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? Oui Non

Si oui, préciser : _____

Votre enfant mange-t-il normalement? Oui Non

Si oui, préciser : _____

Votre enfant porte-t-il des prothèses? Oui Non

Si oui, préciser : _____

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, préciser : _____

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 Ville d'Amqui 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 Ville d'Amqui.
- 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 ville d'Amqui à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Ville d'Amqui 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 de la Ville d'Amqui et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

_____ Date : _____

Signature du parent ou tuteur