

## 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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone :		Clinique ou hôpital :	
Nom du médecin traitant :			
Téléphone du médecin :			

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
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 :	
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. ALLERGIES

Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres, décrivez :
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <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 municipalité de Sainte-Lucie-de-Beauregard 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. **AUCUN MÉDICAMENT EN VENTE LIBRE NE SERA DONNÉ À VOTRE ENFANT SANS VOTRE AUTORISATION ÉCRITE.**

#### 6. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant présente-il des problèmes de comportement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour manger ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses/orthèses ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, 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 :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée ?	Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/>
	Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet ?	

**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

- 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 Sainte-Lucie-de-Beauregard à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de la municipalité de Sainte-Lucie-de-Beauregard le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. Le parent assumera le coût du transport par ambulance.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la municipalité de Sainte-Lucie-de-Beauregard et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date

