

FICHE DE SANTÉ ET AUTORISATIONS DIVERSES
Camp de jour de la ville de Disraeli 2018

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT	
Prénom et nom de l'enfant :	Date de naissance :
Adresse :	No d'assurance maladie (enfant) : Date d'expiration :
Téléphone :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

RÉPONDANT (S) DE L'ENFANT	
Prénom et nom d'un parent (1) :	Prénom et nom d'un parent (2) :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

EN CAS D'URGENCE	
Personne à joindre en cas d'URGENCE : 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) :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX	
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 : (Précisez)	

ALLERGIES	
A-t-il des allergies?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
A-t-il des restrictions alimentaires?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
*Précisez :	

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

Cette dose d'adrénaline sera située, en tout temps, à l'endroit suivant : _____

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 de Disraeli à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent

MÉDICAMENTS	
Votre enfant prendra-t-il des médicaments pendant les heures du camp de jour?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nom du médicament :	
Raison de la prise du médicament :	
Posologie :	
Fréquence :	Heures :
Forme : capsule, pilule <input type="checkbox"/> liquide <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> spécifiez :	
Mon enfant prend son médicament : seul <input type="checkbox"/> avec de l'aide <input type="checkbox"/>	
Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Date du début de la prise du médicament :	Fin :
Autres informations pertinentes :	

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES	
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrivez :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Sinon, décrivez :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrivez :	

Veuillez 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.

Mon enfant a l'autorisation de retourner à la maison à la marche ou à vélo sans être accompagné d'un parent ou d'un adulte.

Oui Non

Les personnes suivantes ont l'autorisation de repartir avec mon enfant à la fin de la journée du camp de jour de la ville de Disraeli (Autres que celles mentionnées dans les parties ci-dessus).

J'autorise que mon enfant soit photographié à des fins personnelles ou pour afficher sur le site internet de la page de Disraeli.

Oui Non

Mon enfant a besoin d'équipement de flottaison lorsque nous allons nous baigner soit à la piscine ou à la plage.

Oui Non

Votre enfant recevra un chandail du terrain de jeux durant la première semaine. Afin de bien répondre à vos besoins, veuillez cocher la grandeur de chandail qui convient le mieux à votre enfant. (Ce sont des chandails pour enfant)

Très petit Petit Médium Grand Très grand

Merci de votre collaboration!!

Nom et prénom du parent ou tuteur (lettres carrées s.v.p.)

Signature du parent ou tuteur

Date : ____/____/____