

FICHE DE SANTÉ ET AUTORISATIONS DIVERSES
Camp de jour de la ville de Disraeli 2019

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 du terrain de jeux 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

Merci de votre collaboration!!

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

Signature du parent ou tuteur

Date : ____/____/____