



FICHE SANTÉ

Camps estivaux de la Ville de Montmagny

PRÉNOM DE L'ENFANT	NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT	ÂGE AU 30 SEPTEMBRE	DATE DE NAISSANCE	SEXE
			/ /	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NOM DU PARENT À CONTACTER EN PREMIER LIEU		TÉLÉPHONE		

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (Autres que les parents)		

NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)

NOM DE LA PERSONNE	LIEN AVEC L'ENFANT	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)

NO. ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION : ___/___/___
NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE	TÉLÉPHONE

INTERVENTION CHIRURGICALE		
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Si oui, précisez :		
	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des allergies aux médicaments? <i>Si oui, précisez :</i>	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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Votre enfant prend-t-il des médicaments? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

Mon enfant prendra :	Régulièrement <input type="checkbox"/>	Au besoin <input type="checkbox"/>
Nom du médicament prescrit :	_____	
Posologie :	_____	
Horaire d'administration :	_____	
Autres spécifications :	_____	

Votre enfant présente-t-il des troubles de comportement? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant porte-t-il des prothèses (visuelles, auditives)? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant sait-il nager adéquatement?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<i>Si non, devra-t-il porter une veste de flottaison?</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant mange-t-il normalement? <i>Si non, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Y a-t-il d'autres informations à connaître? <i>Précisez-les ici :</i>	

AUTORISATIONS PARENTALES

SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉLANINE À SA DISPOSITION	
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp à administrer à mon enfant, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline de type : _____	
SIGNATURE DU PARENT	

SI VOTRE ENFANT DOIT PRENDRE DES MÉDICAMENTS DURANT LE CAMP

Vous devrez, à votre arrivée au Camp, compléter un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent administrer le médicament prescrit à votre enfant.	
<i>J'autorise mon enfant à prendre l'autobus pour les activités et sorties spéciales, lors de déplacements imprévus.</i>	
<i>Je m'engage à collaborer et à participer à une rencontre avec la direction du Camp si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités</i>	
<i>J'autorise les responsables du Camp et les animateurs à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction le juge nécessaire, je les autorise à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier.</i>	
<i>Je m'engage à transmettre à la direction du Camp toute modification pouvant survenir au cours de l'été concernant l'état de santé de mon enfant.</i>	
<i>Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son(ses) animateur(s) et à la coordonnatrice afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.</i>	

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR		
<i>Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et que j'ai lu et compris toutes les autorisations parentales requises.</i>		
PRÉNOM ET NOM	LIEN AVEC L'ENFANT	DATE DE LA SIGNATURE