

FICHE SANTÉ • Camps estivaux de la Ville de Montmagny

PRÉNOM DE L'ENFANT	NOM DE FAMILLE DE L'ENFANT	ÂGE AU 30 SEPTEMBRE 2018	DATE DE NAISSANCE	SEXE
--------------------	----------------------------	--------------------------	-------------------	------

J / M / A

F M

NOM DU PARENT À CONTACTER EN PREMIER LIEU	TÉLÉPHONE (RÉPONSE RAPIDE)	NUMÉRO ASSURANCE MALADIE	EXPIRATION
-------------------------------------------	----------------------------	--------------------------	------------

/ O

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)

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE	TÉLÉPHONE
---------------------------	-----------

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

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"/>
De façon régulière <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> À la maison <input type="checkbox"/> Au camp <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, etc.)? <i>Si oui, précisez :</i>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant sait-il nager adéquatement? <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? Précisez-les ici :	

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, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent administrer le médicament prescrit à votre enfant.	
_____ Initiales	
AUTRES AUTORISATIONS	
• J'autorise mon enfant à prendre l'autobus pour les activités et les sorties spéciales ou lors de déplacements imprévus.	_____ Initiales
• 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.	_____ Initiales
• 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.	_____ Initiales
• 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.	_____ Initiales
• Veuillez noter 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.	_____ Initiales

SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR

Je confirme que les renseignements fournis sont exacts et que j'ai lu et compris toutes les autorisations parentales requises.

SIGNATURE	LIEN AVEC L'ENFANT	DATE DE LA SIGNATURE
-----------	--------------------	----------------------

