

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.**

**S.V.P. remplir une fiche par enfant. Ces infos demeurent confidentielles et seront transmises à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de l'enfant.**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom de l'enfant:	Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant la période scolaire? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>  Si oui, précisez :
Nom de famille :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :	
Nom du médecin traitant :	
Téléphone du médecin :	

## RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Nom du parent 1:	Nom du parent 2:
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Cellulaire :	Cellulaire:

## EN CAS D'URGENCE

Deux autres personnes (autres que parent 1 et 2) 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

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date : _____ Raison : _____	
<b>Blessures graves</b>	<b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>
Date :	
Décrire :	Décrire :
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	Souffre-t-il des maux suivants?
Varicelle : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :	Autres, préciser :

## 5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?	Date	A-t-il des allergies?
Tétanos      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foins      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux*      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments*      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires*      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		*Préciser :

Si votre enfant à une allergie, 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 Conception à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

## 6. MÉDICAMENTS\*

Votre enfant prend-il des médicaments?

Oui  Non

**\*Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez remplir le formulaire *Autorisation de prise d'un médicament* afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

## 7. AUTRES. LES QUESTIONS QUI SUIVENT NOUS AIDERONT À MIEUX INTERVENIR AUPRÈS DE VOTRE ENFANT.

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?

Oui  Non

Préciser :

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?

Oui  Non

Si oui, décrire :

Votre enfant mange-t-il normalement?

Oui  Non

Si non, décrire :

Votre enfant porte-t-il des prothèses?

Oui  Non

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 :	
Votre enfant a-t-il besoin d'un accompagnement spécialisé?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire (nous communiquerons avec vous afin d'en connaître davantage sur les besoins de votre enfant – à noter que l'accompagnement ne peut être garanti et que celui-ci se fera selon les ressources disponibles)	

## 8. AUTORISATION DES PARENTS

- o Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent 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.
- o En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de La Conception à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- o Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_

Nom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_

Date