

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone :			

1

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/> 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) :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date :		Raison :	
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
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, préciser :			



5. ALLERGIES

A-t-il des allergies ?	
Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :	*Préciser :

Votre enfant 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 municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent

Date

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Veillez 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.

7. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de la municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de la municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient 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.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Edmond-les-Plaines et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date