**CAMP DE JOUR 2023**
**Municipalité de Chute-aux-Outardes**

# FICHE SANTÉ

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

## 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nom de l'enfant : | | Sexe : | M ☐ | F ☐ | |
| Prénom : | | Âge lors du séjour : | | | |
| Adresse : | | Date de naissance : | | | |
| Ville : | | Code Postal : | | | |
| N° d'assurance-maladie (enfant) : | | | | | |
| Date d'expiration : | | | | | |
| Téléphone : | | Cellulaire : | | | |
| Nom du médecin traitant : | | | | | |
| Téléphone du médecin : | | | | | |

## 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

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

## 3. EN CAS D'URGENCE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Personne à joindre en cas d'URGENCE : | | | |
| Père et mère : ☐ | Mère : ☐ | Père : ☐ | Tuteur : ☐ |
| 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 : ☐ | Non : ☐ | |
| Si oui, | | | |
| Date : | | Raison : | |
| **Blessures graves** | | | |
| Date : | | | |
| Décrire : | | | |
| **Maladies chroniques ou récurrentes** | | | |
| Souffre-t-il des maux suivants : | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Asthme | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Diabète | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Épilepsie | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Migraines | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Autres, précisé : | Oui | ☐ | Non | ☐ |

| |
|---|
| **Troubles neurologiques** |
| Votre enfant est-il diagnostiqué pour un trouble neurologique ? Si oui, lequel ou lesquels : |
| |
| |

**5.ALLERGIES**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| A-t-il des allergies ? | | | | |
| Fièvre des foins | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Herbe à puce | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Piqûres d'insectes | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Animaux | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Médicaments | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| Allergies alimentaires | Oui | ☐ | Non | ☐ |
| 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 Chute-aux-Outardes 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 oui, noms des médicaments : | Posologie : |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| Les prend-il lui-même ? Oui ☐ Non ☐ | Préciser : |

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez aussi remplir le formulaire d'autorisation de prise de médicament disponible sur notre site internet sous l'onglet camp de jour afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

**7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES**

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-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 ☐ | Non ☐ |
| Si oui, expliquer : | | |
| Fille : A-t-elle commencé à être menstruée ? | Oui ☐ | Non et elle n'est pas renseignée ☐<br>Non mais elle est renseignée ☐ |
| Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet? | | |
| | | |

**8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE**

Le personnel du Camp de jour de la Municipalité de Chute-aux-Outardes n'administrera aucun médicament à votre enfant en vente libre.

J'autorise cependant les animateurs du camp de jour à appliquer de la crème solaire à mon enfant et /ou du chasse moustique. (Si nécessaire)

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

**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.**

**9. AUTORISATION DES PARENTS**

- 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 Chute-aux-Outardes à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction/coordination du Camp de jour de la Municipalité de Chute-aux-Outardes 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/coordination du Camp de jour de la Municipalité de Chute-aux-Outardes 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