



CAMP DE JOUR 2024
Municipalité de Chute-aux-Outardes

FICHE SANTÉ

**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	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-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	Non
Si oui, expliquer :		
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée ?	Oui	Non et elle n'est pas renseignée 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 : _____

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.

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