

CAMP DE JOUR DE SAINT-FÉLIX-DE-KINGSEY

Fiche de santé

Été 2017

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

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT

Prénom : _____ Nom : _____
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____
Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____
Nom du médecin traitant : _____
Clinique ou hôpital : _____
Téléphone du médecin : _____

RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du père : _____
Téléphone au travail : _____ poste : _____ Cellulaire / autre numéro : _____
Prénom et nom de la mère : _____
Téléphone au travail : _____ poste : _____ Cellulaire / autre numéro : _____
Prénom et nom du tuteur : _____
Téléphone au travail : _____ poste : _____ Cellulaire / autre numéro : _____

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 : _____ lien avec l'enfant : _____
Téléphone à la résidence : _____
Cellulaire ou autre numéro : _____

Prénom et nom : _____ lien avec l'enfant : _____
Téléphone à la résidence : _____
Cellulaire ou autre numéro : _____

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

Date :

Décrire :

A-t-il déjà eu les maladies suivantes?

Varicelle Oui Non

Oreillons Oui Non

Scarlatine Oui Non

Rougeole Oui Non

Autres, préciser : _____

Souffre-t-il des maux suivants?

Asthme Oui Non

Diabète Oui Non

Épilepsie Oui Non

Migraines Oui Non

Autres, préciser : _____

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?

Tétanos Oui Non

Rougeole Oui Non

Rubéole Oui Non

Oreillons Oui Non

Polio Oui Non

DcaT Oui Non

Autres, préciser : _____

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 Saint-Félix-de-Kingsey à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant qu'il a toujours avec lui.

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 durant les heures d'ouverture du camp ou du service de garde, 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.

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

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 porte-t-il des prothèses? Oui Non

Si oui, décrire :

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou peut participer moyennant certaines conditions? Oui Non

Si oui, expliquer :

Est-ce que votre enfant a un suivi particulier durant l'année scolaire (diéticienne, technicienne en éducation spécialisée, orthophoniste, ...)? Oui Non

Si oui, spécifier :

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Camp de jour de la Municipalité de Saint-Félix-de-Kingsey à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) |
| <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____ | |

AUTORISATIONS

J'AUTORISE les responsables du Camp de jour de Saint-Félix-de-Kingsey :

en cas d'urgence, à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire. OUI NON

(INITIALES)

ENGAGEMENTS 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.

(INITIALES)

AUTRE INFORMATIONS PERTINENTES AU SUJET DE MON ENFANT

SIGNATURE

Nom du parent : _____
(EN LETTRES MOULÉES)

Signature du parent : _____

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.