

# Fiche médicale

Camp de jour été 2025



Vous devez joindre la fiche médicale avec la fiche d'inscription.

## 1. Identification de l'enfant

Nom de famille	
Prénom	
Adresse de résidence	
Téléphone	
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance (sous le format : année/mois/jour)	____ / ____ / ____

## 2. Renseignements médicaux

<p>Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique ou récurrente ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez : _____</p>
<p>Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale dans la dernière année ou pouvant être pertinent à connaître pour le camp de jour ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez : _____</p>
<p>Votre enfant souffre-t-il d'une blessure grave ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez : _____</p>
<p>Votre enfant souffre-t-il d'autres maux nécessitant une attention particulière ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, précisez : _____</p>
<p>Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes ?  (Cochez si oui)</p>	<p><input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Rougeole</p>

### 3. Allergies

Votre enfant souffre-t-il d'allergie(s) et/ou d'intolérance(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

À remplir si vous répondez « Oui » à la question précédente :

Nature	
Sévérité	<input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie à l'ingestion <input type="checkbox"/> Allergie au contact <input type="checkbox"/> Allergie mortelle
Signes et symptômes à surveiller	
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, précisez la dose et le nom : _____ _____

Note : les enfants ayant des allergies nécessitant une dose d'épinéphrine doivent **OBLIGATOIREMENT** l'avoir en leur possession lors de leur journée au camp.

#### **À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ÉPINÉPHRINE**

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'épinéphrine à mon enfant qu'il a obligatoirement toujours avec lui.

- Oui  
 Non

Signature (Lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date (AAAA/MM/J) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## 4. Asthme

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------------------------	--------------------------------------------------------------

À remplir si vous avez répondu « Oui » à la question précédente :

Type d'asthme	
Signes et symptômes à surveiller	
Traitement à prendre en cas d'asthme (indiquer la posologie)	

## 5. Diabète

Votre enfant souffre-t-il de diabète ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------------------------------------	--------------------------------------------------------------

À remplir si vous avez répondu « Oui » à la question précédente :

<b>La glycémie normale</b> pour cet enfant se situe entre	_____ et _____
<b>En tout temps, informez le parent</b> si la glycémie	< _____ ou > _____
Injection d'insuline au camp de jour :	<input type="checkbox"/> Injection multiple <input type="checkbox"/> Pompe
L'enfant effectue l'injection de manière :	<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Supervision
Selon l'horaire suivant :	_____ h _____ _____ h _____
Lors des périodes d'activités physiques, traiter si la glycémie :	< _____ (avant) < _____ (après)

## 6. Épilepsie

Votre enfant souffre-t-il d'épilepsie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-----------------------------------------	--------------------------------------------------------------

À remplir si vous avez répondu « Oui » à la question précédente :

Type de crise	
Nom de la médication	
Est-ce que la médication a besoin d'être prise durant les heures de camp ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, précisez la dose, le nom et l'heure : _____

## 7. Médicament

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous devez joindre une copie de la prescription de médication avec cette fiche médicale.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

À remplir si vous avez répondu « Oui » à la question précédente :

Nom du médicament			
Prescrit pour			
Posologie			
Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)			
Prend-il ses médicaments lui-même ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

### Médicaments en vente libre

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.

- Oui  
 Non

Signature (Lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date (AAAA/MM/J) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Cochez les médicaments :**

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)



- Antiémétique (Gravol)
  - Anti-inflammatoire Ibuprofène (Advil)
  - Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
  - Antibiotique en crème (Polysporin)
  - Autre, précisez :
- 

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 le formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant. De plus, vous devrez remettre le médicament en main propre au responsable afin qu'il puisse ranger le médicament dans un endroit barré, sécuritaire et hors de la portée des enfants.

## 8. Niveau de nage

Votre enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il suivi des cours de natation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il besoin d'une VFI ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant est-il apte à nager seul dans l'eau peu profonde ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant est-il apte à nager seul dans l'eau profonde ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant doit-il porter des bouchons ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Informations supplémentaires/commentaires :

--

Si votre enfant requiert l'usage d'une veste de sauvetage individuelle (VFI), veuillez l'apporter lors des journées de baignades, car le camp n'en possède pas. De plus, les ballons dorsaux et les brassards flottants (flotteurs) sont fortement déconseillés pour la sécurité des enfants en milieu aquatique.

## 9. Besoins particuliers

Notre camp souhaite intégrer le mieux possible les enfants ayant des besoins particulier. Les informations sur la santé de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience en camp réussie. Merci de compléter la fiche d'évaluation des besoins qui se trouve sur le site internet de la municipalité sous le nom suivant « Fiche d'évaluation des besoins ».

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ? Si oui, lequel ou lesquels ?	
-----------------------------------------------------------------------	--

À remplir si votre enfant a un ou des diagnostics :

Comportements nécessitant une attention particulière.	
Interventions à privilégiées selon le contexte.	
Doit-il être accompagné de manière individuelle dans ses activités au camp ?	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou peut participer moyennant certaines conditions ?  Si oui, veuillez préciser :	

Afin d'assister l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise la coordonnatrice du Camp de jour de la municipalité de Saint-Félix-de-Kingsey à contacter les intervenants suivants :

Organisme			
Nom de l'intervenant			
Fonction			
Coordonnées			

## 10. Autorisations

En cas d'urgence, **J'AUTORISE les responsables du Camp de jour de Saint-Félix-de-Kingsey** à prendre les mesures nécessaires pour faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins requis. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.

Si oui, veuillez signer ci-dessous :

Signature (Lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date (AAAA/MM/J) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 11. Engagement 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.

Signature (Lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date (AAAA/MM/J) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 12. Confidentialité

Veuillez prendre note que toutes informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la coordination et à son animateur responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Signature (Lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Date (AAAA/MM/J) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_