

FICHE MÉDICALE

CAMP DE JOUR ÉTÉ 2024

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

1. IDENTIFICATION DES ENFANTS

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
Nom de famille				
Prénom				
Adresse de résidence				
Téléphone				
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin			
Date de naissance	/ / Année Mois Jour			

2. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique ou récurrente?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Votre enfant souffre-t-il d'une blessure grave?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Votre enfant souffre-t-il d'autres maux nécessitant une attention particulière?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes? (Cochez si oui)	<input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Rougeole	<input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Rougeole

3. ALLERGIES

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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 avez répondu « Oui » à la question précédente :

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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	<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	<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	<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			

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 : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

4. ASTHME

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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 :

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
Type d'asthme				
Signes et symptômes à surveiller				
Traitement à prendre en cas d'asthme (indiquer la posologie)				

5. DIABÈTE

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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 :

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
La glycémie normale pour cet enfant se situe entre	() Et ()	() Et ()	() Et ()	() Et ()
En tout temps, informez le parent 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	<input type="checkbox"/> ___ h ___ <input type="checkbox"/> ___ h ___	<input type="checkbox"/> ___ h ___ <input type="checkbox"/> ___ h ___	<input type="checkbox"/> ___ h ___ <input type="checkbox"/> ___ h ___	<input type="checkbox"/> ___ h ___ <input type="checkbox"/> ___ h ___
Lors des périodes d'activités physiques, traiter si glycémie	< ___ (avant) < ___ (après)			

6. ÉPILEPSIE

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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 :

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
Type de crise				
Nom de la médication	_____	_____	_____	_____
Besoin d'être prise durant les heures de camp	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

7. MÉDICAMENTS

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.

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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 :

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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 (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.



Oui Non

Signature : _____

(Lettres moulées)

Date : _____ / _____ / _____

Année Mois Jour

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 un 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

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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 apte à nager seul dans l'eau	<input type="checkbox"/> Eau peu profonde <input type="checkbox"/> Eau profonde	<input type="checkbox"/> Eau peu profonde <input type="checkbox"/> Eau profonde	<input type="checkbox"/> Eau peu profonde <input type="checkbox"/> Eau profonde	<input type="checkbox"/> Eau peu profonde <input type="checkbox"/> Eau profonde
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 baignade, car le camp ne possède pas de VFI. Les ballons dorsaux et les brassards flottants (flotteurs) sont interdits pour la sécurité des enfants en milieu aquatique.

9. BESOINS PARTICULIERS

Notre camp souhaite intégrer le mieux possible les enfants ayant des besoins particuliers. 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.

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

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

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
Lequel (nom)				
Comportements nécessitant une attention particulière				
Interventions à privilégier selon le contexte				
Doit-il être accompagné de manière individuelle dans ses activités au camp ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou peut participer moyennant certaines conditions ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

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 :

	1 ^{er} enfant	2 ^e enfant	3 ^e enfant	4 ^e enfant
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.

Oui Non

Signature : _____
(Lettres moulées)

Date : ____/____/____
Année Mois Jour

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.

Oui Non

Signature : _____
(Lettres moulées)

Date : ____/____/____
Année Mois Jour

12. CONFIDENTIALITÉ

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

13. SIGNATURE

Signature : _____
(Lettres moulées)

Date : ____/____/____
Année Mois Jour