



## CAMP DE JOUR DE SAINT-FÉLIX-DE-KINGSEY

### Fiche de santé

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

#### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT

Prénom		Nom	
Adresse		Ville	
Code postal		Téléphone	
Date de naissance		Sexe	

#### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Personne à joindre en cas d'URGENCE :

Père et mère  Mère  Père  Tuteur

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 : \_\_\_\_\_

#### 3. AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Indiquez **DEUX AUTRES PERSONNES** à joindre en cas **D'URGENCE** s'il est impossible de communiquer avec les répondants de l'enfant.

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone de la résidence : \_\_\_\_\_ Cellulaire/autre numéro : \_\_\_\_\_

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone de la résidence : \_\_\_\_\_ Cellulaire/autre numéro : \_\_\_\_\_

#### 4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie chronique ou récurrente ? Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ? Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_



Votre enfant souffre-t-il d'une blessure grave ? Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il d'autres maux nécessitant une attention particulière (migraine,...) ?

Oui  Non  Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes ?

Varicelle Oui  Non  Scarlatine Oui  Non

Oreillons Oui  Non  Rougeole Oui  Non

Autres, précisez : \_\_\_\_\_

---

---

## 5. ALLERGIES

---

---

A-t-il des allergies ?

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____	Précisez la sévérité : Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact <input type="checkbox"/>
Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/>

\*\*Les enfants ayant des allergies nécessitant une dose d'épinéphrine devront 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.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

---

---

## 6. ASTHME

---

---

Mon enfant souffre d'asthme Oui  Non

À remplir si vous avez répondu « oui » à la question précédente.

Type d'asthme	Traitement à prendre en cas d'asthme (indiquer la posologie)



Autres précisions (au besoin) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 7. DIABÈTE

Mon enfant souffre de diabète Oui  Non

À remplir si vous avez répondu « oui » à la question précédente.

<b>La glycémie normale</b> pour cet élève se situe entre ( ) et ( )	<b>En tout temps, informez le parent</b> Si glycémie < ( ) ou > ( )
<b>Injection d'insuline au camp de jour</b> <input type="checkbox"/> Injection multiple <input type="checkbox"/> Pompe L'enfant effectue l'injection de manière <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Sous supervision  Selon l'horaire suivant : <input type="checkbox"/> _____ h <input type="checkbox"/> _____ h  <input type="checkbox"/> La quantité d'insuline à administrer doit toujours être vérifiée avec l'échelle d'administration que l'élève a en sa possession.	<b>Glycémie</b> <input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Sous supervision <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Avant diner <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> Avant les périodes d'activité physique Traiter si glycémie < _____ <input type="checkbox"/> Après les périodes d'activité physique Traiter si glycémie < _____
<b>Autres précisions au besoin :</b>	

## 8. ÉPILEPSIE

Mon enfant souffre d'Épilepsie Oui  Non

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

Type de crise	Médication prescrite
	Nom de la médication : Besoin d'être prise durant les heures du camp Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Autres précisions au besoin :</b>	

## 9. 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 ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui  Non

Si oui, compléter ce tableau :



Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)

Les prend-il lui-même ? Oui  Non  Préciser : \_\_\_\_\_

**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.  
(INITIALES) \_\_\_\_\_

**Cocher les médicaments :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra)      | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> antiémétique (Gravol)                 | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____            |
| <input type="checkbox"/> antiinflammatoire Ibuprofène (Advil)  |   |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) |   |

**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.

---

**10. BESOIN PARTICULIER**

---

**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.

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic ? (trouble de comportement, TDA/H, anxiété, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, intellectuelle, visuelle, etc.) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Si non, est-il en attente d'un diagnostic ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lequel(s) : _____	
Comportements nécessitant une attention particulière (agressivité envers lui ou les autres, anxiété, automutilation, fugues, phobie, etc.) ? _____	
Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à survenir?	Intervention à privilégier? (Ignorer, humour, rediriger, etc.)



Doit-il être accompagné de manière individuelle dans ses activités au camp ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou peut participer moyennant certaines conditions ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, expliquer :			
<b>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 :</b>			
Organisme (CRDI, CSSS, École, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

## 11. NIVEAU DE NAGE

<p><b>Autonomie dans l'eau :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nage seule <b>sans VFI</b> en eau profonde et peu profonde</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seule <b>sans VFI</b> en eau peu profonde <b>seulement</b> (l'accès aux eaux profondes lui est interdit)</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seule <b>avec VFI</b> en eau profonde et peu profonde</p> <p><input type="checkbox"/> Nage seule <b>avec VFI</b> en eau peu profonde <b>seulement</b> (l'accès aux eaux profondes lui est interdit même avec le port d'un VFI)</p>	<p><b>Autres :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ne sais pas nager</p> <p><input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons dans l'eau</p> <p>- Mon enfant possède-t-il son propre VFI (veste de flottaison individuelle) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><b>**Si oui, veuillez l'apporter lors des journées de baignade, car le camp ne possède pas de VFI. Les ballons dorsaux et les brassards flottants (flotteur) sont interdits pour la sécurité des enfants en milieu aquatique.</b></p> <p>- A-t-il suivi des cours de natation ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, dernier niveau de natation complété :</p>
<p><b>Autres précisions :</b></p>	

## 12. Autres informations pertinentes

Votre enfant porte-t-il des prothèses ? Oui  Non   
Si oui, décrire : \_\_\_\_\_



Autres informations pertinentes à savoir sur votre enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

### 13. Autorisations

---

---

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

**En cas d'urgence, 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    \_\_\_\_\_  
(INITIALES)

---

---

### 14. 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. \_\_\_\_\_  
(INITIALES)

---

---

### 15. 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 au coordonnateur et à son animateur responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.**