

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.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

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 : _____

Autre personnes à contacter EN CAS D'URGENCE

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 : _____

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 : _____

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'épinéphrine (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies ?

Oui Non

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 toujours avec lui.

 Signature du parent

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ?

Oui Non

Si oui, nom 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.

BESOINS 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) : | | | |
| Doit-il être accompagné de manière individuelle dans ses activités au camp ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | |
| 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 (CRDI, CSSS, École, etc.) | Nom de l'intervenant | Fonction | Coordonnées |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin de gilet de sauvetage, flotteur ou autres dans l'eau ? Oui Non

Préciser :

Quelles sont les habiletés de votre enfant dans l'eau ?

Ne sait pas nager

Sait moyennement nager

Sait nager

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 pour nous aider à lui offrir le meilleur soutien possible (diététicienne, technicienne en éducation spécialisée, orthophoniste...)?

Oui Non

Si oui, spécifier :

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 les 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)

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

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)

AUTRES 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 au coordonnateur et à son animateur responsable, afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu’une intervention plus efficace en cas d’urgence.