



Camp de jour de New Richmond

FICHE SANTÉ
ÉTÉ 2017



Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.

S.V.P. remplir une fiche par enfant.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :			
Téléphone:		Date d'expiration :	
Nom du médecin traitant :		Clinique ou hôpital :	
Téléphone du médecin :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui,			
Date :		Raison :	
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser :	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date	A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :			*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 Ville de New Richmond à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, 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

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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Non, mais elle est renseignée	
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?	

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Camp de jour de la Ville de New Richmond à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance que je fournirai le matin même. L'enfant pourra recevoir ses médicaments seulement si le personnel du Camp reçoit l'autorisation écrite du parent.

9. BESOINS PARTICULIERS

Notre camp souhaite bien intégrer les enfants ayant des besoins particuliers. Les informations au sujet de votre enfant sont précieuses et nous permettront de lui faire vivre une expérience de camp réussie. Merci de compléter la fiche d'évaluation des besoins en annexe.

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers pour favoriser sa bonne participation au camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Consignes simples <input type="checkbox"/> Horaire régulier, stabilité, routine <input type="checkbox"/> Personne de référence, besoin de soutien dans la résolution de conflits <input type="checkbox"/> Conséquences prévisibles <input type="checkbox"/> Besoin de moments calmes et paisibles <input type="checkbox"/> Besoin d'un encadrement personnalisé <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Je souhaite qu'on communique avec moi (parent ou tuteur) par téléphone pour expliquer les besoins : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Nom :		Téléphone :	
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 oui, lequel(s) :			
Afin de compléter l'évaluation des besoins de mon enfant, j'autorise le camp de New Richmond à contacter les intervenants suivants :			
Organisme (CISSS, École, etc.)	Nom de l'intervenant	Fonction	Coordonnées

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.

10. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de New Richmond prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, **je l'autorise** à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de New Richmond
- 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.
- En signant la présente, **j'autorise** le Camp de jour de la Ville de New Richmond à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Ville de New Richmond le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- **Je m'engage** à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Ville de New Richmond et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

_____/_____/_____

Signature du parent ou tuteur

Date