

INFORMATION MÉDICALE DU PARTICIPANT

CAMP DE JOUR DE LA VILLE DE STANSTEAD

# FICHE SANTÉ

Veuillez remplir une fiche par enfant participant

## 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

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

## 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 :	
<b>Blessures graves</b>		<b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>	
Date :		Date :	
Détails :		Détails :	
Souffre-t-il des maux suivants?			
Asthme		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Diabète		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Épilepsie		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Migraines		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autre :			

## INFORMATION MÉDICALE DU PARTICIPANT

### 5. ALLERGIES

A-t-il des allergies?	
Rhume des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Animaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :
Médicaments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :
Allergies alimentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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, je, \_\_\_\_\_, le soussigné, autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Ville de Stanstead 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, listez des médicaments :	Dosage et fréquence :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

**\*\*Si vous avez répondu non à la question précédente, veuillez remplir ce billet d'autorisation.**

#### Billet d'autorisation d'administration de médicaments

J'autorise le personnel du camp de jour de la Ville de Stanstead à donner à mon enfant les médicaments inscrits plus haut.

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

\_\_\_\_\_  
Date

### 7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant a-t-il besoin de veste de flottaison dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant présente-il des problèmes de comportement?	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 :	

## INFORMATION MÉDICALE DU PARTICIPANT

### 8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du camp de jour de la Ville de Stanstead à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

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

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

### 9. AUTORISATION DES PARENTS

- J'autorise le camp de jour de la Ville de Stanstead à prendre des photos de mon enfant.
  
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent 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.
  
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Ville de Stanstead et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
  
- En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant séjournant au camp, tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des injections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date



# Stanstead