



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 :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge (le 1 ^{er} juillet) :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance Maladie (enfant) :	
Code postal :			
Téléphone:		Date d'expiration:	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :
Prénom et nom du TUTEUR :	Téléphone (travail) :
	Post :
	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"/> Autre* <input type="checkbox"/> *Veuillez indiquer la relation avec l'enfant	
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

Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Dates :		Dates :	
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"/>		
Condition médicale ou diagnostic reçu :			

INFORMATION MÉDICALE DU PARTICIPANT

5. ALLERGIES

A-t-il des allergies?	
Rhume des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Intolérances	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser :
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 un auto-injecteur (Épipen) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UN AUTO-INJECTEUR

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 ou tuteur

*Informez les responsables du camp de l'emplacement de l'auto injecteur

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
--	---

Si oui, listez des médicaments :	Dosage et fréquence :
Votre enfant prend-il des médicaments à l'intérieur des heures de camp?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant a-t-il besoin de veste de flottaison dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/>
*Le sauveteur se réserve le droit de rendre le port d'une veste obligatoire en tout temps	Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant présente-t-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 avec certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	

9. AUTORISATION DES PARENTS

J'autorise le camp de jour de la Ville de Stanstead à prendre des photos de mon enfant.

J'accepte Je refuse

J'autorise le camp de jour de la Ville de Stanstead de publier des photos de mon enfant.

J'accepte Je refuse

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.

J'accepte

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.

J'accepte

En cas d'urgence, j'autorise la direction du camp à prodiguer tous les premiers soins requis. Si l'équipe le juge nécessaire, j'autorise que mon enfant soit transporté par ambulance dans un établissement hospitalier.

J'accepte Je refuse

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

____/____/____
Date



Stanstead



CAMP DE JOUR - DAY CAMP

WWW.STANSTEAD.CA