



CAMP DE JOUR DE RIVIÈRE-BEAUDETTE

FICHE SANTÉ

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom :		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Photo obligatoire
Nom :			
Âge au 26 juin 2018 :	Date de naissance :		
Numéro d'assurance maladie :	Expiration :		
Nom du médecin traitant :	Téléphone du médecin :		

2. RÉPONDANTS DE L'ENFANT

Prénom et nom du père : _____	Prénom et nom de la mère : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____
Cellulaire ou autre : _____	Cellulaire ou autre : _____
Personne à joindre en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	

Coordonnées de deux autres personnes, autres que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d'urgence

Nom complet : _____	Nom complet : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Cellulaire : _____	Cellulaire : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____

3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, indiquez la date : _____ Raison : _____	
Blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Date : _____ Décrire : _____	
Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Date : _____ Décrire : _____	



CAMP DE JOUR DE RIVIÈRE-BEAUDETTE

FICHE SANTÉ

<p>A-t-il déjà eu les maladies suivantes?</p> <p>Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres, préciser : _____</p>	<p>Souffre-t-il des maux suivants?</p> <p>Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Diabète Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Épilepsie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Migraine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres, préciser : _____</p>	
<p>A-t-il reçu les vaccins suivants?</p> <p>Tétanos Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Polio Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>DcaT Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres, préciser : _____</p>	<p>A-t-il des allergies?</p> <p>Fièvre des foins Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Herbe à puce Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Piqûres d'insectes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Animaux* Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Médicaments* Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Allergies alimentaires* Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>*Préciser : _____</p>	
<p>Médicaments</p> <p>Votre enfant prend-il des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, noms des médicaments et posologie:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent administrer le médicament prescrit à votre enfant.</i></p>	<p>Epipen – Ana-kit</p> <p>Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen ou Ana-Kit) en raison de ses allergies?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE <i>Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de Rivière-Beaudette à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.</i></p> <p>_____</p> <p><i>Signature du parent</i></p>	
<p>4. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES</p>		
<p>Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.</p>	<p>Si vous avez coché « oui », décrire :</p>	
<p>Votre enfant doit-il porter un vêtement de flottaison individuel (V.F.I.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>*IMPORTANT* Si vous avez coché « oui », vous devez fournir le vêtement de flottaison individuel (V.F.I.) de votre enfant</p>
<p>Votre enfant présent-il des problèmes de comportement? (opposition, provocation, impulsivité, agressivité, trouble de conduite, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Votre enfant compose-t-il avec un TDA, TDAH, anxiété, dépression, trouble du sommeil ou autre ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Votre enfant a-t-il est phobies ou grandes peurs? (Claustrophobie, insecte, animaux, orage, noir, hauteur, eau</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Votre enfant porte-t-il des prothèses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	



CAMP DE JOUR DE RIVIÈRE-BEAUDETTE

FICHE SANTÉ

Comment qualifieriez-vous l'appétit de votre enfant

- Appétit d'oiseau
- Appétit normal
- Appétit d'orgre

5. AUTORISATION 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.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de Rivière-Beaudette à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de Rivière-Beaudette le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de la santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de Rivière-Beaudette et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

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.

Nom complet du parent (Lettres moulées)

Signature du parent

Date