

Fiche de Santé

1. Renseignements généraux sur l'enfant

Nom de l'enfant :	Sexe :
Prénom de l'enfant :	Âge :
Adresse :	Date de naissance :
Code postal :	# assurance maladie :
Téléphone :	Date d'expiration :
Nom du médecin :	

2. Répondant(s) de l'enfant

Prénom et nom du parent :	Prénom et nom du parent :
Téléphone (travail)	Téléphone (travail)
Cellulaire et autre numéro :	Cellulaire et 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 :	Téléphone :
Téléphone :	Téléphone :

4. Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trouble du langage	<input type="checkbox"/> Trouble d'opposition
<input type="checkbox"/> TDA/H	<input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement
<input type="checkbox"/> Autisme	<input type="checkbox"/> Difficulté avec l'autorité (Crise, Colérique, etc.)
<input type="checkbox"/> Allergies précisez :	
<input type="checkbox"/> Autres précisez :	
Avez-vous des recommandations spéciales? _____	

5. Médicaments

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

À Signer si votre enfant doit prendre des médicaments au Camp de jour

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le CAMP DE JOUR DE LA VILLE DE MONT-JOLI à administrer les médicaments suivants _____ à mon enfant.

Signature du parent : _____

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 MONT-JOLI à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent : _____

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son moniteur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

6. Autorisation des parents

- Étant donné que le Camp de jour de la Ville de Mont-Joli prendra des photos 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 la Ville de Mont-joli.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période de camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec le moniteur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la Ville de Mont-Joli à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Ville de Mont-joli 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 Mont-joli et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent / tuteur

Signature du parent / tuteur

____/____/____
Date