

CAMP DE JOUR ÉTÉ 2016
Municipalité de Frelighsburg
FICHE SANTÉ

**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

Prénom et nom de l'enfant :		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance :		Âge lors du séjour :	
No d'assurance-maladie (enfant) :		Date d'expiration :	
Adresse :		Code postal :	
Téléphone :	Courriel :		

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :		Prénom et nom de la MÈRE :		
Téléphone (maison) :		Téléphone (maison) :		
Téléphone (travail) :		Téléphone (travail) :		
Cellulaire :		Cellulaire :		
Courriel :		Courriel :		
GARDE de l'enfant				
Père et mère <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>	Partagée <input type="checkbox"/>

CAMP DE JOUR ÉTÉ 2016

Municipalité de Frelighsburg

FICHE SANTÉ

3. EN CAS D'URGENCE

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

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Y a-t-il des particularités (médicales ou autres) concernant votre enfant que nous devrions connaître? (Blessures graves, maladies chroniques ou récurrentes)	
Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> Spécifier : _____ _____

5. MESURE D'URGENCE

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 Municipalité de Frelighsburg à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.
_____ Signature du parent

CAMP DE JOUR ÉTÉ 2016

Municipalité de Frelighsburg

FICHE SANTÉ

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?

Oui Non

Si oui, noms des médicaments et posologie :

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. Le médicament doit être dans son emballage original et identifié au nom de l'enfant.

7. 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? Préciser :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Doit-il porter une veste de flottaison?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? Si oui, décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant mange-t-il normalement? Si non, décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Votre enfant porte-t-il des prothèses? Si oui, décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Si oui, expliquer lesquelles :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

CAMP DE JOUR ÉTÉ 2016

Municipalité de Frelighsburg

FICHE SANTÉ

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.

8. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de la Municipalité de Frelighsburg **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 la Municipalité de Frelighsburg.
- 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 municipalité de Frelighsburg à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de Frelighsburg 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 Municipalité de Frelighsburg et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Signature du parent ou tuteur

Date

____ / ____ / ____
AAAA MM JJ