

CAMP DE JOUR DE LA RELÂCHE | MUNICIPALITÉ DE SAINT-WENCESLAS

FICHE SANTÉ

Vous devez nous retourner la fiche santé **avec votre formulaire d'inscription** au loisirs@municipalitestwenceslas.com ou en personne au bureau de la mairie situé au 1055 rue Richard St-Wenceslas.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom :	Nom :
Numéro de la carte d'assurance maladie	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PARENT 1 :	Prénom et nom du PARENT 2 :
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 : Parent 1 et Parent 2 ☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Tuteur(s) ☐	
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. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui ☐ Non ☐	Piqûres d'insectes*	Oui ☐ Non ☐
Diabète	Oui ☐ Non ☐	Animaux*	Oui ☐ Non ☐
Épilepsie	Oui ☐ Non ☐	Médicaments*	Oui ☐ Non ☐
Migraines	Oui ☐ Non ☐	Allergies alimentaires*	Oui ☐ Non ☐
Autres, préciser :		Autres*	
		*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) 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 municipalité de St-Wenceslas à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui ☐ Non ☐	Préciser :

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.

6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui ☐ Non ☐	
Si oui, Date : _____ Raison : _____			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin un ou des besoins particuliers ?	Oui ☐ Non ☐
Préciser :	
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, préciser :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui ☐ Non ☐
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, décrire :	

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, expliquer :	

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

- Étant donné que le Camp de jour de la Municipalité de Saint-Wenceslas prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant la semaine de relâche, 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 Saint-Wenceslas.
 - OUI ☐
 - NON ☐
- 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.
 - OUI ☐
 - NON ☐
- J'autorise le Camp de jour de la Municipalité de St-Wenceslas à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de St-Wenceslas le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
 - OUI ☐
 - NON ☐
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de Municipalité de Saint-Wenceslas et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
 - OUI ☐
 - NON ☐

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date