**FICHE SANTÉ**

**Vous devez joindre la fiche santé avec votre formulaire d’inscription.**

**S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

**1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l'enfant : |  | Sexe : | M 🞎 F 🞎 |
| Prénom : |  | Âge lors du séjour : |  |
| Adresse : |  | Date de naissance : |  |
| No 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) :  Poste : | Téléphone (travail) :  Poste : |
| Cellulaire ou autre numéro : | Cellulaire ou autre numéro : |

**3. EN CAS D’URGENCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Personne à joindre en cas d’URGENCE :  Père et mère 🞎 Mère 🞎 Père 🞎 Tuteur 🞎 | |
| Deux autres personnesà joindre en cas d’URGENCE : | |
| Prénom et nom : | Prénom et nom : |
| Lien avec l’enfant : | Lien avec l’enfant : |
| Téléphone : | Téléphone : |

**4. 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 : |  | |
| **A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?** | | | **Souffre-t-il des maux suivants ?** | | |
| Varicelle | | Oui 🞎 Non 🞎 | Asthme | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Oreillons | | Oui 🞎 Non 🞎 | Diabète | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Scarlatine | | Oui 🞎 Non 🞎 | Épilepsie | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rougeole | | Oui 🞎 Non 🞎 | Migraines | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Autres, préciser : | | | Autres, préciser : | | |

**5. VACCINS ET ALLERGIES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A-t-il reçu les vaccins suivants ?** | | Date | **A-t-il des allergies ?** | |
| Tétanos | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Fièvre des foins | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rougeole | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Herbe à puce | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rubéole | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Piqûres d'insectes | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Oreillons | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Animaux\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Polio | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Médicaments\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| DcaT | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Allergies alimentaires\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Autres, préciser : | | | \*Préciser : | |

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 Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à mon enfant.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent

**6. 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.**

**7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)**

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 ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Préciser : | |
| Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, décrire : | |
| Votre enfant porte-t-il des prothèses ? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, décrire : | |

**Veuillez noter 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**

* 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 Ville de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Ville de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson 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 Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Date