

(Prénom, NOM) : \_\_\_\_\_

## Fiche santé

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription et le formulaire d'autorisations et décharges parentales.**

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

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe:  F  M Âge lors du séjour : \_\_\_\_\_ ans  
Nom: \_\_\_\_\_ Date naissance : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)  
Adresse postale : \_\_\_\_\_ # assurance maladie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)  
Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Clinique ou hôpital : \_\_\_\_\_  
Téléphone : ( ) - #

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

#### Parent répondant #1 (mère père tuteur )

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
( ) - Maison   
Coordonnées : ( ) - # Travail  Cocher numéro à prioriser pour vous  
( ) - Cellulaire  rejoindre

#### Parent répondant #2 (mère père tuteur )

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
( ) - Maison   
Coordonnées : ( ) - # Travail  Cocher numéro à prioriser pour vous  
( ) - Cellulaire  rejoindre



## 5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants ?	Date (jj/mm/aaaa)	A-t-il des allergies à ... ?
Tétanos      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	Fièvre des foins      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	Herbe à puce      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	Piqûres d'insectes      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	Animaux*      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	Médicaments*      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____	Allergies alimentaires*      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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'ADRENALINE**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de Saint-André-d'Argenteuil à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Signature :

## 6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ?    Oui  Non       Si oui ↓

Noms des médicaments :	1.	Posologie :
	_____	_____
	2. _____	_____
	3. _____	_____

Les prend-il lui-même ?    Oui  Non

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicaments afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

## 7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

1. Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau ? Oui  Non

Si oui, préciser :

---

---

2. Votre enfant présente-il des problèmes de comportement ? Oui  Non

Si oui, préciser :

---

---

3. Votre enfant mange-t-il normalement ? Oui  Non

Si non, préciser :

---

---

4. Votre enfant porte-t-il des prothèses ? Oui  Non

Si oui, préciser :

---

---

5. Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions ? Oui  Non

Si oui, préciser :

---

---

6. Si votre enfant est une fille, a-t-elle débuté ses menstruations ?  Oui  
 Non, mais elle est renseignée  
 Non et elle n'est pas renseignée

a. Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet ? Oui  Non

Si oui, préciser :

---

---

**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 DE DEPART AVEC L'ENFANT

### Personnes autorisées à partir avec mon enfant

père et mère       mère       père       tuteur

### Autres personnes autorisées à récupérer l'enfant en cas d'impossibilité des parents

Prénom :	_____	Prénom :	_____
Nom :	_____	Nom :	_____
Lien avec l'enfant :	_____	Lien avec l'enfant :	_____
Coordonnées (cell) :	(    ) - _____	Coordonnées (cell) :	(    ) - _____
(autre) :	(    ) - _____	(autre) :	(    ) - _____

**\*À noter :** il est préférable d'avertir à l'avance ou la journée même l'animatrice du camp lorsqu'une autre personne ira chercher votre enfant.

## 9. AUTORISATION DES PARENTS OU DU TUTEUR LEGAL

- 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 Saint-André-d 'Argenteuil à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de Saint-André-d 'Argenteuil 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 Saint-André-d 'Argenteuil et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/2018  
Signature du parent/tuteur      Date (jj/mm/aaaa)      Lieu