

FICHE SANTÉ – ÉTÉ 2023

**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

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
Code postal :		Téléphone :	

2. PARENTS OU TUTEUR

Nom du parent 1 :		Nom du parent 2 :	
Adresse : <i>À compléter si différente de celle de l'enfant</i>		Adresse :	
Téléphone :	(Rés.)	Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)		(Bur.)
	(Cell.)		(Cell.)
Courriel :		Courriel :	
GARDE de l'enfant			
Parent 1 et parent 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			
Pour émission du relevé 24		NAS :	
Nom du parent payeur :			

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Parent 1 et Parent 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <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 (principal) :	Téléphone (principal) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

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.

4. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?		Si OUI, précisez :
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Migraine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicaments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Précisez :		Allergies alimentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Autres allergies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si votre enfant possède une ou des allergies, quel est le traitement ? (Nom du médicament, posologie, où est-il rangé ?)			

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 Ville de Baie-Saint-Paul à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

X _____
Signature du parent

5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si OUI, noms des médicaments :	Posologie :
Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour prendre ses médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :

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. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si OUI, précisez :	
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si OUI, précisez :	
Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour manger ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si OUI, précisez :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si OUI, précisez :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si OUI, précisez :	

7. AUTORISATION DES PARENTS

- 1- En cochant cette case, je confirme que les informations concernant l'état de santé de mon enfant sont exactes et que si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, que je suis responsable de transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

- 2- J'autorise la Ville de Baie-Saint-Paul à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction de la Ville de Baie-Saint-Paul 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

- 3- J'autorise l'équipe du camp de jour à appliquer de la crème solaire à mon enfant si nécessaire avant de sortir à l'extérieur.
OUI NON

- 4- J'autorise la Ville de Baie-Saint-Paul à prendre des photos et (ou) des vidéos pendant les activités du camp de jour. Les photographies prises de mon enfant serviront uniquement à des fins de promotion du camp. Cette autorisation est accordée gratuitement, sans limites territoriales et de temps.
OUI NON

5- J'accepte que mon enfant se déplace à pied avec son groupe pour se rendre à certaines activités situées à proximité du Centre sportif Saint-Aubin / carrefour culturel Paul-Médéric.

OUI NON

6- J'accepte que mon enfant soit transporté en autobus pour une sortie dans la région de Charlevoix.

OUI NON

7- AUTORISATION DE DÉPART

Qui est autorisé à aller le chercher le soir (incluant les deux parents ou tuteurs)?*	
Personne no.1 (parent ou tuteur):	Personne no.3 :
Personne no. 2 (parent ou tuteur):	Personne no.4 :

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne.

Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> le soir.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si OUI, à quelle heure autorisez-vous votre enfant à quitter ?	h

8- Je m'engage à collaborer avec la direction de la Ville de Baie-Saint-Paul 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