

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE SAINT-CÔME-LINIÈRE

FICHE SANTÉ

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M ☐ F ☐
Prénom de l'enfant :		Âge :	
Adresse :		Date de naissance :	
		No d'assurance maladie (enfant) :	
Téléphone :		Date d'expiration :	
Votre enfant a-t-il des problèmes de motricité, des problèmes de comportement ou autres? Non ☐ Oui ☐ Si oui, précisez :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :		Prénom et nom de la MÈRE :	
Téléphone travail :		Téléphone travail :	
Poste :		Poste :	
Cell. ou autre numéro :		Cell. ou autre numéro :	

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :			
Père et mère ☐ Mère ☐ Père ☐ Tuteur ☐			
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. 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, précisez :		Autres, précisez :	

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, précisez :			*Précisez :	

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 le personnel du camp de jour de la municipalité de St-Côme 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 ☐	Précisez :

Si votre enfant doit prendre des médicaments, veuillez signer l'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

J'autorise le personnel du camp de jour de la municipalité de St-Côme à administrer les médicaments prescrits à mon enfant.

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du camp de jour de la municipalité de St-Côme à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :	
☐ Acétaminophène (Tylenol, Tempra)	☐ Sirop contre la toux
☐ Antiémétique (Gravol)	☐ Antibiotique en crème (Polysporin)
☐ Antihistaminique (Benadryl, Reactine)	☐ Autre, précisez :
☐ Anti-inflammatoire (Advil)	

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

Veuillez 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.