



## Fiche santé

Merci de bien vouloir compléter le formulaire d'inscription ainsi que la fiche santé et nous la faire parvenir par courriel à: [loisirs@tadoussac.com](mailto:loisirs@tadoussac.com) **avant le 1<sup>er</sup> juin 2025** afin de nous permettre de bien organiser notre été.

### 1. Renseignements généraux sur l'enfant

Fille  Garçon

Prénom et nom :

Date de naissance :

Numéro d'assurance-maladie et date d'expiration :

### 2. Répondant(s) de l'enfant

#### Père

Nom du père :

Tél. maison :

Tél. travail :

Cellulaire :

#### Mère

Nom de la mère :

Tél. maison :

Tél. travail :

Cellulaire :

**Tuteur/tutrice (s'il y a lieu)**

Nom du tuteur/de la tutrice :
Tél. maison :
Tél. travail :
Cellulaire :

**3. En cas d'urgence****Personne à rejoindre en cas d'URGENCE :**

- Le père
- La mère
- La mère et le père
- Le tuteur/la tutrice

**Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE (en cas de non-réponse) :**

Nom :
Lien de parenté :
Tél. à joindre en cas d'URGENCE ::

Nom :
Lien de parenté :
Tél. à joindre en cas d'URGENCE ::

#### 4. Allergies

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles :

Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqûre d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Alimentaire*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez	
*Précisez le type d'allergie (animaux, médicaments ou alimentaire) :	

#### 5. Dose d'adrénaline

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 Municipalité du Village de Tadoussac à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline requise à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

## 6. Antécédents médicaux

- Est-ce que votre enfant souffre de maladies chroniques ou récurrentes ?

Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez	

- Est-ce que votre enfant a subi des interventions chirurgicales ou des blessures graves qui peuvent nuire à son fonctionnement ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

## 7. Médicaments

- Est-ce que votre enfant prend des médicaments ?

Oui  Non

Si oui, noms des médicaments :	Posologie :

- Est-ce que votre enfant prend ses médicaments lui-même ?

Oui  Non

Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez, à votre arrivée au camp de jour, compléter un formulaire d'autorisation de prise de médicaments afin que les responsables puissent administrer le médicament prescrit à votre enfant, s'il y a lieu.

## 8. Autres informations pertinentes

- Votre enfant a-t-il besoin d'une surveillance constante dans l'eau ?

Oui  Non

- Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement ?

Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

- Votre enfant porte-t-il des prothèses ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

- Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer ou seulement moyennant certaines conditions ?

Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez nous expliquer ce qu'il en est :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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 Municipalité du Village de Tadoussac à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité du Village de Tadoussac 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 Municipalité du Village de Tadoussac et à venir les rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

**Signature du parent ou tuteur** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_