

# Loisirs

## Camp jour de la Municipalité de Tadoussac Fiche santé

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec le formulaire d'inscription.  
S.V.P. remplir une fiche par enfant**

### 1. Renseignements généraux sur l'enfant

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Fille  Garçon   
Adresse : \_\_\_\_\_ Âge lors du séjour : \_\_\_\_\_  
Ville : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Code Postal : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_  
Date d'expiration : \_\_\_\_\_

### 2. Répondant(s) de l'enfant

Prénom et nom du PÈRE : \_\_\_\_\_ Prénom et nom de la MÈRE : \_\_\_\_\_  
Tél. trav. : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_ Tél. trav. : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_  
Cell. Ou autre : \_\_\_\_\_ Cell. Ou autre : \_\_\_\_\_

### 3. En cas d'urgence

Personne à rejoindre 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 : \_\_\_\_\_  
Tél. Mais. : \_\_\_\_\_ Tél. Mais. : \_\_\_\_\_  
Tél. autre : \_\_\_\_\_ Tél. autre : \_\_\_\_\_



# Loisirs

## 4. Antécédents médicaux et allergies

A-t-il des allergies ?

Fièvre des foins      Oui       Non   
Herbe à puce      Oui       Non   
Piqûres d'insectes      Oui       Non   
Animaux\*      Oui       Non   
Médicaments\*      Oui       Non   
Allergies alimentaires\*      Oui       Non

\*Précisez : \_\_\_\_\_

Maladies chroniques ou récurrentes ?

Asthme      Oui       Non   
Diabète      Oui       Non   
Épilepsie      Oui       Non   
Migraines      Oui       Non

Autres, précisez : \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_ à mon enfant.

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

## 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**, vous devez, 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.



# Loisirs

## 7. Autres informations pertinentes

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

Précisez : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

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

Si oui, expliquer : \_\_\_\_\_

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 des parents

- Étant donné que le Camp de jour de la Municipalité du Village de Tadoussac prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de la Municipalité du Village de Tadoussac.
- 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 rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

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

\_\_\_\_\_  
Prénom et nom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

