

# Fiche personnelle des enfants

## Renseignements sur les parents

Nom du père : _____	Nom de la mère : _____
Courriel : _____	Téléphone (résidence) : _____
Téléphone (bureau) : _____	Téléphone (autre) : _____

## Renseignements sur les enfants

Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
Nom et prénom _____	Nom et prénom _____	Nom et prénom _____
Date de naissance : _____	Date de naissance : _____	Date de naissance : _____

## Antécédents

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, date : _____ Raison : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, date : _____ Raison : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, date : _____ Raison : _____
Votre enfant a-t-il déjà eu des blessures graves ? Si oui, les noter.		
Date : _____ Description : _____	Date : _____ Description : _____	Date : _____ Description : _____
Votre enfant a-t-il des maladies chroniques ? Si oui, les noter.		
Description : _____	Description : _____	Description : _____
Votre enfant souffre-t-il de ces maux ? Si oui, les cocher.		
Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Autre : _____	Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Autre : _____	Asthme <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Autre : _____

## Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies ? Si oui, les noter ici.		
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-
Est-ce que votre enfant a une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-kit) en raison de ses allergies ?		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, où : _____	Si oui, où : _____	Si oui, où : _____

**Médicaments** (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.)

Est-ce que votre enfant prend des médicaments ?		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom : _____ Posologie : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom : _____ Posologie : _____	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom : _____ Posologie : _____
Les prend-t-il lui-même ?		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précision : _____	Précision : _____	Précision : _____

## Autres informations pertinentes

<b>Votre enfant a-t-il des problèmes de comportement, en lien avec une maladie ou non ?</b>		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :
<b>Votre enfant porte-t-il des prothèses ou autre chose devant être mentionné ?</b>		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :
<b>Y-a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement si certaines conditions sont présentes ?</b>		
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Décrire :

Veuillez noter 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.

### En cas d'urgence

<b>Personne à contacter en cas d'urgence</b> Notez que le numéro résidentiel, au bureau et autre seront d'abord essayés. Inscire une personne à rejoindre au cas où il n'y aurait pas de réponse à ces numéros. Nom : _____ Téléphone : _____ Lien avec l'enfant :
---

### Procédure de départ

<b>Autorisez-vous votre enfant à quitter seul ? Cochez l'énoncé correspondant.</b> J'autorise mon enfant à quitter seul <input type="checkbox"/> <u>Je n'autorise pas</u> mon enfant à quitter seul sans mon consentement écrit <input type="checkbox"/>
Qui est-ce qui est autorisé à quitter avec votre enfant ? Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> (Précisez) - _____ - _____ - _____ - _____ - _____ - _____

### Autorisation des parents

- Étant donné que le terrain de jeu de la municipalité de Saint-Prosper 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 terrain de jeu de la municipalité de Saint-Prosper.  
 Oui, j'autorise la prise d'image.  Non, je n'autorise pas la prise d'image.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survient 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 terrain de jeu de la municipalité de Saint-Prosper à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du terrain de jeu de la municipalité de Saint-Prosper 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 terrain de jeu de la municipalité de Saint-Prosper et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou du tuteur

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

\_\_\_\_\_  
Date