



FICHE SANTÉ DE L'ENFANT

Camp de jour 2019

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant : _____ Âge : _____

Sexe : Masculin Féminin Degré scolaire : _____

#Assurance maladie : _____ Expiration : _____

Coordonnées des parents ou tuteurs :

1) _____ Tél. maison: _____ Cellulaire : _____

2) _____ Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Coordonnées de deux personnes, autre que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d'urgence :

1) _____ Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Lien avec la famille : Parent Ami Voisin

2) _____ Tél. maison : _____ Cellulaire : _____

Lien avec la famille : Parent Ami Voisin

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi des blessures graves? Oui Non

Si oui, décrire : _____

Votre enfant a-t-il une maladie chronique ou récurrente? Oui Non

Si oui, décrire : _____

Votre enfant a-t-il des réserves dans la pratique de certaines activités? Oui Non

Si oui, décrire : _____

NIVEAU DE NATATION

Est-ce que votre enfant sait nager en eau profonde? Oui Non

Quel est le dernier niveau de natation réussi? _____

Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la piscine? Oui* Non

***Veuillez fournir le vêtement de flottaison de votre enfant identifié à son nom.**

CRÈME SOLAIRE

J'autorise le personnel du camp de jour à utiliser, pour mon enfant, la crème solaire FPS hypo allergène et hydrofuge, fournie par le camp de Sainte-Anne-de-Beaupré.

Oui Non

AUTORISATION -PRISE DE PHOTOS

J'autorise la Ville de Sainte-Anne-de-Beaupré à photographier mon enfant dans le cadre des activités du camp de jour, et ce, à des fins de diffusion ou de promotion.

Oui Non

ÉTAT DE SANTÉ

Maladie	x	Explication
Allergie connue*		
Troubles de l'ouïe		
Troubles de la parole		
Troubles visuels		
Troubles respiratoires		
Troubles cardiaques		
Troubles sanguins		
Hépatite B		
Diabète		
Épilepsie		
Maladie de peau (psoriasis, eczéma,...)		
Maladies héréditaires		
Handicap		
Troubles de comportement		
Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité		
Autre (spécifiez) :		

*ALLERGIES

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Allerject) en fonction de ses allergies?

Oui Non

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament?

L'enfant lui-même

L'animateur de l'enfant

La coordonnatrice du camp

COMMENTAIRES ET AUTRES PARTICULARITÉS MÉDICALES

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer tous premiers soins nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Nom et prénom du parent ou du tuteur :

Signature du parent ou tuteur :

Date :