

# CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE SAINTE-FLAVIE

## FICHE SANTÉ

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)	
Adresse :		N° d'assurance -maladie (enfant) :	
		Date d'expiration carte d'assurance – maladie :	
Carte-hôpital Mont -Joli N° de dossier :		Dossier-hôpital Rimouski N° de dossier :	
Médecin traitant :		Médecin traitant :	
Téléphone :		Téléphone :	

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (résidence) :	Téléphone (résidence) :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

### 3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :			
Père et mère <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>
Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence :			
Prénom et nom :	Prénom et nom :		
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :		
Téléphone (résidence) :	Téléphone (résidence) :		
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :		

### 4. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants ?	Date	A-t-il des allergies ?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicaments	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) 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 de Sainte-Flavie à administrer, en cas d'urgence, Epipen, à mon enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

### 5. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ?		Oui Non	
Si oui, décrire :			
<b>Blessures graves</b>		<b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il eu les maladies suivantes ?		Souffre-t-il des maux suivants ?	
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Autres, préciser	

### 6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, noms des médicaments :		Posologie :	
À prendre durant les heures de camp ?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Préciser :	

### 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 auprès des animateurs/animateuses et du coordonnateur/coordonnatrice du camp de jour.

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

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date