



# FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

## CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ SAINTE-JUSTINE-DE-NEWTON

### FICHE SANTÉ

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

#### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Adresse :		Cellulaire :	
		Téléphone travail:	
Numéro assurance maladie :		Date d'expiration :	
Date de naissance :		Âge lors du séjour :	

#### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PARENT 1 :	Prénom et nom du PARENT 2 :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :
Courriel :	Courriel :

#### 3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Parent 1 et Parent 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <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 (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :



# FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

## 4. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*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 Municipalité de Sainte-Justine-de-Newton à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

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

## 5. MÉDICAMENTS

**Si votre enfant a une prescription de médicament :**

Vous devez demander et remplir la fiche « AUTORISATION DE PRISE D'UN MÉDICAMENT » afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.



# FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

## 6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINS

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, Date : _____ Raison : _____				
<b>Blessures graves</b>		<b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>		
Date :	_____	Date :	_____	
Décrire :	_____	Décrire :	_____	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres, préciser : _____		Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Autres, préciser :	_____	

## 7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser : _____	
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser : _____	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire : _____	



## FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	

### 8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Camp de jour de la Ville / Municipalité XYZ à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra)      | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux               |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol)                 | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, _____ préciser :            |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil)            |   |

Signature de la mère ou du père : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**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.**

### 9. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le camp de jour de la Municipalité de Sainte-Justine-de-Newton 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 de Sainte-Justine-de-Newton.
  - OUI
  - NON



## FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

- 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.
  - OUI
  - NON
- J'autorise le camp de jour de la Municipalité de Sainte-Justine-de-Newton à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction de la Municipalité de Sainte-Justine-de-Newton le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
  - OUI
  - NON
- Je m'engage à collaborer avec la direction de la Municipalité de Sainte-Justine-de-Newton et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
  - OUI
  - NON

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

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

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