

Camp de jour de la Municipalité de Pontiac

FICHE SANTÉ

1. Renseignements généraux sur l'enfant :

Nom de famille :	
Prénom :	
LANGUES PARLÉES (veuillez préciser) :	
Adresse :	
Code postal :	
Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	
Âge au 30 septembre 2019 :	
Numéro d'assurance-maladie :	
Date d'expiration :	
Nom du médecin traitant :	
Téléphone du médecin :	
Clinique ou hôpital :	

2. Répondants de l'enfant :

Nom du père :	
Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)
	(Cell.)
Courriel :	
Nom de la mère :	
Téléphone :	(Rés.)
	(Bur.)
	(Cell.)
Courriel :	
Personne à joindre en cas d'URGENCE :	<input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : _____
DEUX AUTRES personnes à joindre en cas d'URGENCE :	NOM : Lien avec l'enfant : Téléphone :

	<p>NOM :</p> <p>Lien avec l'enfant :</p> <p>Téléphone :</p>
--	---

3. Antécédents médicaux :

<p>Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?</p>		<p>Si oui : date/raison?</p>
<p>Blessures graves (date et description) :</p>		
<p>Maladies chroniques ou récurrentes (description) :</p>		
<p>Maladies contagieuses (date et description) :</p>		
<p>Est-ce que les vaccins de votre enfant sont à jour (Tétanos, Rougeole, Rubéole, Oreillons, Polio, DcaT, autre) :</p>	<p>Oui/ Non :</p>	
	<p>Date de la dernière mise à jour des vaccins :</p>	
<p>Votre enfant souffre-t-il d'allergies (svp préciser) :</p>	<p>Oui/ Non :</p>	<p>Si oui, lesquelles :</p>

Votre enfant prend-il des médicaments et si oui, lesquels :	
	Les prend-il lui-même?

3. Dose d'adrénaline (ÉPIPEN) :

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 Pontiac à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

4. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES :

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Précisez :	

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers qui nécessitent une attention particulière et si oui, précisez :	
Votre enfant a-t-il un problème de motricité et si oui, précisez :	
Votre enfant mange-t-il normalement et si non, veuillez expliquer :	
Votre enfant porte-il des prothèses et si oui, décrire :	
Votre enfant a-t-il eu un suivi durant l'année scolaire (ex. : ergothérapeute, psychoéducateur, plan d'intervention, etc.) :	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Toute autre information importante à nous partager au sujet de la santé de votre enfant :	

5. Autorisation des parents :

- Étant donné que le camp de jour de la municipalité de Pontiac prendra des photos 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 Pontiac;
- 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;
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la municipalité de Pontiac à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de Pontiac le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance dans un établissement hospitalier;
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Municipalité de Pontiac et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date