

CAMP DE JOUR- SEMAINE DE RELÂCHE DE LA MUNICIPALITÉ DE ROUGEMONT

FICHE SANTÉ

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

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT			
Nom de l'enfant :		Sexe :	M      F
Prénom :		Âge lors de l'inscription :	
Adresse :			
Code postal :			
Téléphone :		Clinique ou hôpital :	
Nom du médecin traitant :			
Téléphone du médecin			
2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT			
Prénom et nom du PÈRE :		Prénom et nom de la MÈRE :	
Téléphone (travail) Poste :		Téléphone (travail) :	
Cellulaire ou autre numéro :		Cellulaire ou autre numéro :	
3. EN CAS D'URGENCE			
Personne à joindre en cas d'URGENCE			
Père et mère	Mère	Père	Tuteur
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) :	

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui	Non
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?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle	Oui Non	Asthme	Oui Non
Oreillons	Oui Non	Diabète	Oui Non
Scarlatine	Oui Non	Épilepsie	Oui Non
Rougeole	Oui Non	Migraines	Oui Non
Autres, préciser :		Autres, préciser :	

5. VACCINS ET ALLERGIES			
A-t-il reçu les vaccins suivants?	Date	A-t-il des allergies?	
Tétanos		Fièvre des foies	
Rougeole		Herbe à puce	
Rubéole		Piqûres d'insectes	
Oreillons		Animaux*	
Polio		Médicaments*	
DcaT		Allergies alimentaires*	
Autres, préciser :		*préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-hit) en raison de ses allergies?  
 Oui Non

**A 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 Rougemont à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

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

6. MÉDICAMENTS	
Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui      Non
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui      Non	Préciser :

***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.

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES	
Votre enfant présente-il des problèmes de comportement?	Oui      Non
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui      Non
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui      Non
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui      Non
Si oui, expliquer :	

### 8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

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

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antihistaminique (Benadryl)
- Polysporin
- Crème Solaire
- Insectifuge

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 - Semaine de relâche de la Municipalité de Rougemont prendra des photos de mon enfant durant la semaine, je l'autorise à prendre des photos qui seront par la suite remis aux enfants et conserver à la Municipalité de Rougemont. En aucun cas, les photos seront utilisées pour des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de la Municipalité de Rougemont.
- 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 suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la Municipalité de Rougemont à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si le Camp de jour de la Municipalité de Rougemont 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 Camp de jour Municipalité de Rougemont et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

---

**Nom et prénom du parent ou tuteur**

---

**Signature du parent ou tuteur**

---

**Date**