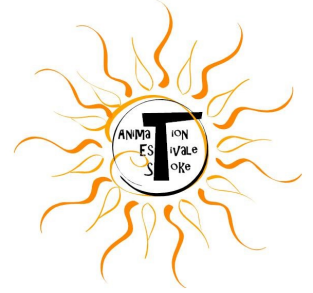




# FICHE DE SANTÉ 2021

## CAMP DE JOUR DE STOKE



**Veillez prendre note que toutes les informations concernant 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.**

### A. IDENTIFICATION DE L'ENFANT (Photo à joindre avec l'envoi du document)

NOM COMPLET DE L'ENFANT			
ÂGE:		DATE DE NAISSANCE :	
COULEUR DES YEUX:		COULEUR DES CHEVEUX :	
N° ASSURANCE MALADIE :		TAILLE:	
DATE D'EXPIRATION:		POIDS:	

### B. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions ? Expliquez.

A-t-il déjà 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"/>
A-t-il reçu les vaccins suivants ?			A-t-il des allergies ?		
<i>Si oui remplir la section C)</i>					
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Animaux	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Médicaments	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Autres	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Précisions :		
DCT	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

### C. EPIPEN

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'épinéphrine (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies ?

Oui  Non

Par la présente, j'assure que mon enfant aura en tout temps sa dose d'épinéphrine au camp de jour. **J'accepte que si pour quelconque raison mon enfant ne l'a pas, il ne sera pas accepté au camp ce jour-là.**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Service d'animation estivale de Stoke à administrer, en cas d'urgence, sa dose d'épinéphrine à mon enfant. Prenez note que tous les animateurs ont suivi la formation nécessaire pour administrer de l'épinéphrine.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur

Date

### D. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ? Oui  Non  *Si non passez à la section E*

Nom des médicaments :

Les prend-il sur les heures du camp de jour ? Oui  Non

Les prend-il lui-même ? Oui  Non

Précisions :

### E. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant présente-il des problèmes de comportement diagnostiqués ? Oui  Non

Précisions :

Votre enfant suit-il un régime particulier (ex. sans gluten, végétarien, etc.) Oui  Non

Précisions :

Votre enfant porte-t-il des prothèses ? Oui  Non

Précisions :

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir sur votre enfant pour lui offrir la meilleure

expérience possible du camp de jour ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_