

FICHE DE SANTÉ

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 au moment de l'inscription)

| | | | |
|--------------------------------|--|--------------------|--|
| Nom complet de l'enfant | | | |
| Âge | | Date de naissance | |
| Couleur des yeux | | Couleur de 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 *Si non passez à la section D).*

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 quelque 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 <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> <i>Si non passez à la section E)</i> |
| Nom des médicaments : | | |
| Les prend-il sur les heures du camp de jour ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Les prend-il lui-même ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Précisions : | | |

E. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

| | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Votre enfant a-t-il besoin d'une veste de flottaison lors de la baignade ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Précisions : | | |
| Comment évalueriez-vous l'aisance de votre enfant dans l'eau ? | | |
| <input type="checkbox"/> Très à l'aise, bon nageur | | |
| <input type="checkbox"/> À l'aise | | |
| <input type="checkbox"/> Peu à l'aise, demande beaucoup de surveillance | | |
| À qui devons-nous faire parvenir les communications, par exemple les infolettres ? | | |
| Courriel : | | |
| Numéro de téléphone pour vous joindre le plus facilement : _____ | | |
| Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement diagnostiqués ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Précisions : | | |
| Votre enfant suit-il un régime particulier (ex. sans gluten, végétarien, etc.) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Précisions : | | |
| Votre enfant porte-t-il des prothèses ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 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 ? | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |
| <hr/> | | |

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION
