**FICHE SANTÉ CAMP DE JOUR MARIVIK 2020**

**1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l'enfant : |  | Sexe : | M 🞎 F 🞎 |
| Prénom : |  | Âge lors du séjour : |  |
| Adresse : |  | Date de naissance : |  |
|  | No d’assurance-maladie (enfant) : |  |
| Code postal : |  |
| Téléphone: |  | Date d’expiration : |  |
| Nom du médecin traitant : |  | Clinique ou hôpital : |  |
| Téléphone du médecin : |  |  | |

**2. RÉPONDANT(S) DE L’ENFANT OU TUTEUR**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom du PÈRE : | Prénom et nom de la MÈRE : |
| Téléphone (travail) :  Poste : | Téléphone (travail) :  Poste : |
| 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 personnesà 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 : | | | | |
| **Blessures graves** | | **Maladies chroniques ou récurrentes** | | |
| Date : |  | Date : | |  |
| Décrire : |  | Décrire : | |  |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes? | | Souffre-t-il des maux suivants? | | |

**5. ALLERGIES**

|  |  |
| --- | --- |
| A-t-il des allergies? | |
| Fièvre des foins | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Herbe à puce | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Piqûres d'insectes | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Animaux\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Médicaments\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Allergies alimentaires\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| \*Préciser : | |

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) 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 Camp de jour Marivik 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 (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant sait-il nager? | Oui 🞎 Non 🞎  Laisser le sauveteur en juger🞎 |
| Précisons : |  |
| Votre enfant présente-il des problèmes de comportement? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, décrire : | |
| Votre enfant mange-t-il normalement? | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Si non, décrire : | |

**9. AUTORISATION DES PARENTS**

* 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.
* En signant la présente, j’autorise le Camp de jour Marivik à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour Marivik 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 Marivik   et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
* Étant donné que le Camp de jour Marivik 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 Marivik. Les photos pourront être publié sur le site du camp de jour et le Facebook du complexe sportif Marie-Victorin.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent ou tuteur

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

Signature du parent ou tuteur

Veuillez créer un mot de passe afin de récupérer votre enfant en fin de journée. Celui-ci sera utilisé afin d’identifié les personnes autorisées à venir chercher votre enfant le soir.  
  
  
Mot de passe : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel de correspondance : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relevé 24 :   
Parent 1 :  
Nom, Prénom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
NAS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

% accordé : \_\_\_\_\_\_\_%

Parent 2 :

Nom, Prénom:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
NAS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

% accordé : \_\_\_\_\_\_\_%