

Camp de jour Union des Familles d'Ahuntsic - FICHE SANTÉ

1. Renseignements généraux sur l'enfant

Nom de l'enfant:		Sexe:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom:		Âge lors du séjour:	
Adresse et code postal:		N. d'assurance maladie:	
		Expiration:	

2. Répondant(s) de l'enfant

Nom et prénom du PÈRE:	Nom et prénom de la MÈRE:
Téléphone (rés): _____	Téléphone (rés): _____
Téléphone (cell): _____	Téléphone (cell): _____
Téléphone (travail): _____ Poste: _____	Téléphone (travail): _____ Poste: _____

3. En cas d'urgence

Personne(s) à rejoindre en cas d'urgence: Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Veuillez indiquer deux autres personnes à rejoindre en cas d'urgence:	
Nom, Prénom: _____	Nom, Prénom: _____
Lien avec l'enfant: _____	Lien avec l'enfant: _____
Téléphone (rés): _____	Téléphone (rés): _____
Téléphone (cell): _____	Téléphone (cell): _____

4. Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date: _____ Raison: _____	
Blessures graves	Maladies chroniques ou récurrentes
Date: _____	Description: _____
Description: _____	
Votre enfant a-t-il déjà eu la varicelle? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant souffre-t-il des maux suivants:	
Asthme Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, a-t-il une pompe? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Diabète Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, prend-il un médicament durant les heures de camps? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Épilepsie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Migraines Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autre, préciser: _____	

5. Allergies

Votre enfant a-t-il une ou plusieurs allergies parmi les suivantes:	
Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqûre d'insecte	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser: _____
Animaux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser: _____
Médicament(s)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser: _____
Alimentaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préciser: _____
Autre allergie: _____	
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen ou Ana-Kit) en raison de ses allergies ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
SI VOTRE ENFANT A SA DISPOSITION UNE DOSE D'ADRÉNALINE, VEUILLEZ SIGNER:	
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de l'Union des Familles d'Ahuntsic à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.	
_____ Signature du parent	

non

6. Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments régulièrement ? Oui Non

Si oui,

Nom du médicament:

Posologie:

Aura-t-il à les prendre durant les heures de camp? Oui Non

Si oui,

Les prend-il lui-même? Oui Non

Préciser le moment de la journée:

A-t-il besoin de la supervision/du rappel de son animateur pour le prendre? Oui Non

7. Autres informations pertinentes

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance particulière dans l'eau? Oui Non

Préciser:

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

Préciser:

Votre enfant mange-t-il normalement? Oui Non

Si non, décrire:

Autre information pertinente (TDAH, TSA, TO, DI, ou autre):

8. Médicaments en vente libre (si applicable)

J'autorise le personnel du camp de jour de l'Union des Familles d'Ahuntsic à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre suivants: Oui Non

Acétaminophène (ex. Tylenol, Temptra)

Sirop contre la toux

Antiémétique (ex. Gravol)

Antibiotique en crème (ex. Polysporin)

Antihistaminique (ex. Benadryl, Reactine, etc.)

Autre, préciser: _____

Anti-inflammatoire (ex. Advil)

9. Autorisation des parents

♦ J'autorise le camp de jour de l'Union des Familles d'Ahuntsic à prendre des photos de mon enfant durant les activités.

Oui Non

♦ Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant ou durant son séjour au camp, je m'engage à en informer la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

♦ En signant la présente, j'autorise l'Union des Familles d'Ahuntsic à administrer les premiers soins à mon enfant. Si l'UFA le juge nécessaire, je l'autorise également à faire 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 de l'Union des Familles d'Ahuntsic et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

♦ J'atteste avoir donné **toutes les informations nécessaires** à la prise en charge de mon enfant.

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.

Nom et prénom du parent ou tuteur (en lettre moulées) _____

Signature _____

Date ____/____/____