

FICHE SANTÉ 2020

UN FORMULAIRE PAR ENFANT

CONFIDENTIEL



|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT** |
| Prénom |  | Date de naissance |  |
| Nom |  | Âge au 25 juin 2020 |  ans |
| Sexe | O F O M | No d’assurance-maladie |  |
| Adresse |  | Date d’expiration |  |
| Municipalité / Ville |  | Médecin traitant |  |
| Code postal |  | Tél. du médecin traitant | ( ) |
| Téléphone | ( ) | Clinique médicale / Hôpital |  |
| **PARENT(S) OU TUTEUR(S)** |
| **MÈRE** (Tuteur 1) | **PÈRE** (Tuteur 2) |
| Prénom |  | Prénom |  |
| Nom |  | Nom |  |
| Téléphone | Résidence | ( ) | Téléphone | Résidence | ( ) |
| Bureau | ( ) | Bureau | ( ) |
| Cellulaire | ( ) | Cellulaire | ( ) |
| **PERSONNES À CONTACTER EN CAS D’URGENCE** (autres que les parents) |
| Prénom |  | Prénom |  |
| Nom |  | Nom |  |
| Lien avec l’enfant |  | Lien avec l’enfant |  |
| Téléphone | Résidence | ( ) | Téléphone | Résidence | ( ) |
| Cellulaire | ( ) | Cellulaire | ( ) |
| **QUESTIONNAIRE MÉDICAL** |
| **Votre enfant souffre-t-il d’une des ALLERGIES suivantes ?** |
| Alimentaires | O Oui O Non | Si oui, précisez : |
| Animaux | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Herbe à poux (fièvre des foins) | O Oui O Non |  |
| Herbe à puce | O Oui O Non |
| Médicaments | O Oui O Non | Si oui, précisez : |
| Piqûre d’insecte | O Oui O Non | Si oui, précisez : |
| Votre enfant a-t-il à sa disposition un auto-injecteur (Ana-Kit, Epipen) en raison de ses allergies ? O Oui O Non**À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UN auto-injecteur**par la présente, j’autorise le personnel du camp de jour de Saint-Valère à administrer en cas d’urgence, une dose d’adrénaline à mon enfant. Posologie : \_\_\_\_\_\_\_mgSignature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Votre enfant souffre-t-il d’une des maladies chroniques ou récurrentes suivantes ?** |
| Asthme / Troubles respiratoires | O Oui O Non | Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A-t-il une pompe ? O Oui O Non |
| Diabète | O Oui O Non | Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_A-t-il des injections d’insuline ? O Oui O Non |
| Épilepsie | O Oui O Non | Si oui, précisez : |
| Maux de tête / Migraines | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Autres  | O Oui O Non | Si oui, précisez : |
| **Votre enfant a-t-il un HANDICAP ou un des troubles suivants ?** |
| Handicap intellectuel | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Handicap physique | O Oui O Non | Si oui, précisez : |
| Troubles auditifs | O Oui O Non | Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Porte-t-il un appareil auditif ? O Oui O Non |
| Troubles cardiaques | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Troubles de la vision | O Oui O Non | Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Porte-t-il des lunettes ? O Oui O Non |
| Troubles du langage | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Troubles moteurs / Dyspraxie | O Oui O Non | Si oui, précisez : |
| Troubles sanguins | O Oui O Non | Si oui, précisez : |
| Autres | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| **Votre enfant a-t-il un des troubles du comportement suivants ?** |
| Difficultés affectives / relationnelles | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Trouble d’opposition | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Trouble du déficit de l’attention  | O Oui O Non | Si oui, précisez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Avec hyperactivité ? O Oui O Non |
| Trouble du spectre de l’autisme  | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Troubles anxieux | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Autres | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Votre enfant voit-t-il un(e) intervenant(e) ? O Oui O Non Si oui, précisez :  |
| **Votre enfant a-t-il déjà :** |
| Subi une intervention chirurgicale ? | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Subi une blessure grave ? (ex : fracture) | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Perdu connaissance ? | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Ressenti des étourdissements ? | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Souffert de problèmes dus à la chaleur ? | O Oui O Non | C:\Users\stvloi\Desktop\Loisirs\2019\Café du maire\Images\logo-st-valere-gros-horizontal-briller_par.pngSi oui, précisez :  |
| **MÉDICAMENTS** |
| Votre enfant prend-il un ou des médicaments ? O Oui O NonSi oui, lesquels ?  |
| **Médicaments** | **Raison de la prise du médicament** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| Votre enfant doit-il prendre son ou ses médicaments pendant les heures d’ouverture du camp de jour ? O Oui O NonSi **oui**, vous devrez remplir et signer le « formulaire d’autorisation à administrer un médicament » auprès de la coordination du camp de jour de Saint-Valère. Veuillez prendre note que le camp de jour de Saint-Valère n’administre pas de médicaments qui sont en vente libre.  |
| **vaccination** |
| Le carnet de vaccination de votre enfant est-il à jour ? O Oui O Non  |
| **QUESTIONS DIVERSES** |
| Votre enfant porte-t-il des prothèses ? | O Oui O Non | Si oui, précisez :  |
| Votre enfant a-t-il des phobies ? | O Oui O Non | Si oui, lesquelles ? :  |
| Votre enfant a-t-il le vertige ? | O Oui O Non |  |
| Votre enfant mange-t-il normalement ? | O Oui O Non | Si non, précisez : |
| Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions ?O Oui O Non Si oui, précisez : |
| **RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES** |
| Veuillez inscrire ici toute autre information que vous jugez pertinente à transmettre au personnel du camp de jour de Saint-Valère au sujet de l’**état de santé** ou sur les **particularités comportementales** de votre enfant.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **AUTORISATION ET ENGAGEMENT DU PARENT OU DU TUTEUR** |
| J’autorise le camp de jour de Saint-Valère à prodiguer tous les premiers soins nécessaires à mon enfant. Si la coordination du camp de jour de Saint-Valère le juge nécessaire, je l’autorise également à transporter mon enfant par ambulance (à mes frais) ou autrement à un établissement de santé. De plus, s’il est impossible de nous joindre, j’autorise le médecin choisi par la coordination du camp de jour de Saint-Valère à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.  | Initiales :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Si des modifications concernant l’état de santé de mon enfant survenaient avant ou pendant le camp de jour, je m’engage à transmettre l’information à la coordination du camp de jour de Saint-Valère qui s’assurera de faire le suivi approprié auprès de l’animateur(trice) de mon enfant. | Initiales :\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR** | **DATE** |
| Prénom et nom : Signature : |  |

