

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 : \_\_\_\_\_\_\_mg  Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **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 Non  Si 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 Non  Si **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 : | | | | | | | | | | |  |

