

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant _____
 Prénom de l'enfant _____
 Numéro d'assurance maladie _____ Expiration _____

RÉPONDANT DE L'ENFANT

Nom des parents ou tuteurs:

1) _____ maison : () _____ travail : () _____
 2) _____ maison : () _____ travail : () _____

EN CAS D'URGENCE

Nom complet			Nom complet		
_____			_____		
Adresse			Adresse		
_____			_____		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal
Lien avec la famille : Parent <input type="checkbox"/>	Ami <input type="checkbox"/>	Voisin <input type="checkbox"/>	Lien avec la famille : Parent <input type="checkbox"/>	Ami <input type="checkbox"/>	Voisin <input type="checkbox"/>
Tél. : _____			Tél. : _____		

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il des antécédents médicaux ? OUI NON
 (Prothèses, chirurgie, blessures graves, maladie chronique, etc.)
 Si oui, veuillez spécifier la nature et la date de l'antécédent: Date : ____ / ____ / ____

Est-ce qu'il fait... ? pratiquer	A-t-il déjà eu une des maladies suivantes ?	Votre enfant a de la difficulté à
Asthme : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Varicelle : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Certaines activités ?
Hernies : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Oreillons : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Épilepsie : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrire :
Diabète : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____
Autre : _____	Autre : _____	_____
Précisez : _____	Précisez : _____	_____

NIVEAU EN NATATION

Est-ce que votre enfant est en mesure de nager sans veste de flottaison (ou sans flotteurs ou sans ballon)? OUI NON
 Est-ce que votre enfant dispose d'un vêtement de flottaison ? OUI NON (si oui, il faudra l'apporter tous les jours)

ALLERGIES

Est-ce que votre enfant a des allergies ou intolérances? OUI NON précisez : _____

Est-ce que votre enfant a à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? OUI NON

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

L'enfant lui-même

Moniteur de l'enfant

Toute personne adulte responsable Posologie: _____

À SIGNER SI VOTRE ENFANT POSSÈDE UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Signature du parent

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

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

Est-ce que votre enfant a des problèmes de comportement? OUI NON

Si oui, décrire : _____

Est-ce que votre enfant a un régime alimentaire particulier? OUI NON

Si oui, décrire : _____

Votre enfant est-il suivi par un professionnel de la santé ou autre intervenant pendant la période scolaire? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer le titre de l'intervenant et la raison ? : _____

Votre enfant est-il en attente d'un diagnostic sur son état de santé ? OUI NON

Si oui, précisez : _____

MÉDICAMENTS

Est-ce que votre enfant prend des médicaments? OUI NON

Est-ce qu'il les prend lui-même? OUI NON Préciser : _____

Si votre enfant doit prendre des médicaments et que nous devons les administrer, VOUS DEVEZ remplir le formulaire d'autorisation de prise de **médicament (voir l'annexe 1 à la fin du document)** afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

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. _____(Initiales)
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la Ville de Beaupré, à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de la Ville de Beaupré le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. _____(Initiales)
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Ville de Beaupré et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités. _____ (Initiales)

Signature du parent ou tuteur

Date



ANNEXE 1 : FORMULAIRE D'AUTORISATION DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS OCCASIONNELS

- **Si votre enfant doit recevoir un médicament** pendant son camp de jour, nous vous demandons de **remplir et de signer ce formulaire d'autorisation**. **Aucun médicament ne sera distribué sans cette autorisation.**

MÉDICATION

Nom du médicament : _____ Dose : _____

DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

Lundi Heure(s) :

Mardi Heure(s) :

Mercredi Heure(s) :

Jeudi Heure(s) :

Vendredi Heure(s) :

Effets secondaires prévisibles, si connus :

Mode de conservation du médicament :
(selon les indications du pharmacien)

Prescrit par Dr :

NOTE

1. Le médicament doit être présenté dans un contenant qui répond aux normes de sécurité (bouchon sécuritaire – contenant incassable).
2. Le contenant doit porter l'étiquette de la pharmacie (duplicata disponible à la pharmacie).
3. La dose requise pour la journée seulement doit être donnée. Le matériel requis devra être acheminé avec le médicament (seringues, compte-gouttes, etc.)
4. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devez en aviser le camp de jour par écrit.
5. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez compléter immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise un membre du personnel du camp de jour, à administrer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin.

Je reconnais que le personnel du camp de jour accepte de donner des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, celui-ci ne possédant par l'expertise ni les connaissances professionnelles relatives à la distribution des médicaments. Je reconnais avoir lu la section « note » de ce formulaire et d'en respecter le contenu.

Je dégage le camp de jour de toute responsabilité résultant de l'administration de médicaments.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date