



FICHE SANTÉ



**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription
S.V.P. remplir une fiche par 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.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
Code postal :		Téléphone :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PARENT 1 :	Prénom et nom du PARENT 2 :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :
Adresse courriel :	Adresse courriel :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Parent 1 et Parent 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à 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. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Allergie saisonnière (rhume des foins – herbe à poux)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen) 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 Nomicamp de Nomingue à administrer, en cas d'urgence, une dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	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.

6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET VACCINS

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 :		Date :		
Décrire :		Décrire :		
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Autres, préciser :		Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
		Autres, préciser :		

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant a-t-il besoin d'une VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :		
Votre enfant a-t-il eu un suivi particulier pendant l'année scolaire (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :		
Votre enfant mange-t-il normalement?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :		
Votre enfant porte-t-il des prothèses?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :		
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :		

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Nomicamp à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)

- Sirop contre la toux
- Antibiotique en crème (Polysporin)
- Autre, préciser : _____

Signature du parent ou tuteur : _____

Date : _____

9. AUTORISATION DES PARENTS

- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent 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.
 - OUI
 - NON
- J'autorise le Nomicamp estival à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Nomicamp le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
 - OUI
 - NON

Nom et prénom du parent ou tuteur en lettres moulées

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date