

CAMP DE JOUR DE SAINT-ÉPIPHANE

Fiche santé

Été 2020

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

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT

Prénom: _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code Postal : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

2. EN CAS D'URGENCE

Personnes à joindre en cas d'URGENCE :

#1 Prénom nom: _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone: _____ Cell : _____ Travail : _____ Poste : _____

2 Prénom nom: _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone: _____ Cell : _____ Travail : _____ Poste : _____

3. INFORMATIONS MÉDICALES

Votre enfant souffre-t-il des **MAUX** suivants ?

Asthme Diabète Épilepsie Migraines Autres (précisez) : _____

Votre enfant souffre-t-il d'**ALLERGIE** ?

Piqures d'insectes Animaux (précisez) : _____ Médicaments (précisez) : _____

Allergie alimentaire (précisez) : _____ Autres (précisez) : _____

Votre enfant at-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen) en raison de ses allergies ? Oui Non

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour :

TDA TDAH Dysphasie Dyslexie Autres (précisez) : _____

4. MÉDICAMENTS

Pour protéger la sécurité et la responsabilité du personnel étudiant estival et pour ne pas se substituer à la responsabilité et à l'expertise parentale et médicale, l'administration de médicaments dans un contexte de service public doit être légiférée et/ou réglementée et qu'à défaut, comme c'est le cas actuellement, la municipalité n'assume aucun service et, aucune responsabilité quant l'administration et à la gestion de la prise de médicaments dans le cadre de ses programmes.

Toutefois, si votre enfant suit un traitement et qu'il doit **obligatoirement** prendre des médicaments durant les heures d'ouverture du camp ou du service de garde, vous devrez à votre arrivée le matin, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les animateurs puissent **exceptionnellement** distribuer le médicament à votre enfant. Ce formulaire devra être **accompagné d'une copie de l'ordonnance du médecin** précisant une obligation de médication durant le camp de jour ou le service de garde.

5. Accident, malaise ou complication de l'état de santé général

J'AUTORISE le personnel du camp de jour de Saint-Épiphane, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire.

Oui Non

6. SIGNATURE

Nom du parent : _____
(EN LETTRE MOULÉES)

Date : _____ / _____ / _____

Signature

Veillez prendre note que cette nouvelle fiche santé « simplifiée » ne comporte plus de demande de renseignements précis concernant le comportement et les particularités de votre enfant puisque ces éléments ont été demandés par le biais d'un sondage distribué à l'école au mois de janvier.

Pour rappel, le sondage avait pour objectif de vous faire connaître auprès du service des Sports, de la Culture et de la Vie communautaire dans le cas où votre enfant nécessitait une attention particulière afin de trouver une solution d'accueil dans les meilleures conditions possibles.

Ce sondage sert de document de référence en cas d'informations non transmises ou erronées. Ainsi, si le comportement de votre enfant révèle un point mentionné dans le sondage et qui génère alors une insécurité pour le reste du groupe ou qui brime l'organisation des activités, nous ne garantissons pas de pouvoir le garder.