

## FICHE SANTÉ CAMP DE JOUR 2024

### 1-Renseignement sur l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge lors du séjour : \_\_\_\_\_  
Sexe :  Féminin  Masculin  
Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_  
Date d'expiration : \_\_\_\_\_

### 2-Répondant de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Tuteur  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Municipalité : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Tuteur  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Municipalité : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Tuteur  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Municipalité : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

### 3-En cas d'urgence

Première personne à joindre en cas d'URGENCE :  Père  Mère  Tuteur

Deux autres personnes en joindre en cas d'URGENCE :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_  
Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

## FICHE SANTÉ CAMP DE JOUR 2024

### 4-Service de garde

Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?  Oui  Non

### 5-Départ de l'enfant

Est-ce que votre enfant peut quitter SEUL le camp de jour ?  Oui  Non

*Si non, avec qui peut-il quitter ? Maximum 2 personnes excluant les parents/tuteur.*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone maison : \_\_\_\_\_ Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

*\*Veuillez noter que l'équipe d'animation n'est pas autorisée à laisser quitter un enfant, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qj que se soit, dont le nom n'est pas inscrit sur ce formulaire, vous devez transmettre à l'équipe d'animation un avis écrit et signé précisant le nom et le lien de chaque personne.*

*Si oui, à quelle heure est-il autorisé à quitter SEUL le camp de jour ?*

12h  16h  17h30

### 6-Antécédent médicaux

Votre enfant souffre-t-il de :

Blessures graves (l'empêchant de participer aux activités régulières)

Date : \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_

Maladies chroniques ou récurrentes

Date : \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_

- Asthme
- Épilepsie
- Diabète
- Migraines

Votre enfant a-t-il déjà eu :

- Varicelle
- Oreillons
- Scarlatine
- Rougeole

Autres : \_\_\_\_\_

## FICHE SANTÉ CAMP DE JOUR 2024

### 7-Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies :

- Fièvre/rhume des foins  
 Piqûres d'insectes  
 Herbe à puce  
 Animaux  
 Alimentaire  
 Médicaments

Autres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-kit) en raison de ses allergies ?  Oui  Non

*Si oui*, où se trouve-t-elle ?  Sac à dos  Boîte à lunch Autres : \_\_\_\_\_

Par la présente, j'autorise le personnel désigné par le Camp de jour Le Sablotin de Lac-aux-Sables à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

### 8-Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments ?  Oui  Non

*Si oui*, veuillez préciser chaque médicament et sa posologie

Nom : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Posologie : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il autonome pour sa prise de médicament ?  Oui  Non

*Si non*, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

*\*Pour toute prise de médicament, vous devrez, lors du premier jour du camp de votre enfant le formulaire d'autorisation de prise/distribution de médicament par le personnel désigné.*

### 9-Autres informations utiles

Dans le but d'offrir une expérience positive à votre enfant et de répondre adéquatement à ses besoins, merci de répondre aux questions suivantes :

Votre enfant a-t-il besoin d'une aide flottante pour les activités aquatiques ?  Oui  Non

*Si oui*, veuillez préciser : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FICHE SANTÉ  
CAMP DE JOUR 2024**

Votre enfant a-t-il un suivi particulier avec un professionnel ?  Oui  Non

*Si oui*, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

*Si oui*, veuillez indiquer le nom et l'établissement du ou des professionnels :

Nom : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

Votre enfant présente-t-il des limitations ne lui permettant pas de participer à certaines activités ?  Oui  Non

*Si oui*, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Devons-nous porter une attention particulière à votre enfant lors des repas ou la prise de collation ? (mange peu, mange son repas à la collation, etc.)  Oui  Non

*Si oui*, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Si votre enfant est de sexe féminin, a-t-il débuté ses menstruations ?

Oui

Non, mais est renseigné (a une trousse d'urgence comprenant des serviettes sanitaires, sous-vêtements et autres)

Non et n'est pas renseignée (n'a pas de trousse d'urgence)

Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet : \_\_\_\_\_

**10-Autorisations**

J'autorise les échanges sur le fonctionnement et les comportements de mon enfant entre les professionnels en suivi à son dossier et la coordination du camp de jour Le Sablotin de Lac-aux-Sables.

J'autorise la prise de photos et/ou de vidéos de mon enfant au cours des activités durant l'été. J'autorise la Municipalité de Lac-aux-Sables d'utiliser en tout ou en partie les photos et/ou vidéos à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeure la propriété de la Municipalité de Lac-aux-Sables.

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 toutes informations à la coordination du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec le personnel désigné.

**FICHE SANTÉ  
CAMP DE JOUR 2024**

En signant la présente, j'autorise le personnel désigné du camp de jour Le Sablotin de Lac-aux-Sables et le personnel de la Municipalité de Lac-aux-Sables à prodiguer les premiers soins d'urgence à mon enfant. Si la coordination le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Je m'engage à collaborer avec la coordination du camp de jour Le Sablotin de Lac-aux-Sables et son personnel désigné si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Je m'engage à communiquer avec respect et courtoisie avec tout le personnel du camp de jour, de la Municipalité de Lac-aux-Sables et tout autres intervenants ou animateurs.

J'autorise le personnel désigné du camp de jour à aider mon enfant à appliquer sa crème solaire et son répulsif à insectes, au besoin.

**\*\*\* VEUILLEZ NOTER QUE TOUTES LES INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ENFANT SONT  
ENTIÈREMENT CONFIDENTIELLES. SEULS LE PERSONNEL DÉSIGNÉ Y A ACCÈS AFIN DE  
PERMETTRE UN ENCADREMENT EFFICACE. \*\*\***

-----  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date