

FICHE MÉDICALE

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.
Complétez une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom : _____ Sexe : M F

Nom de famille : _____ Date de naissance : _____ / _____ / _____
année / mois / jour

Adresse : _____, Saint-Louis-de-Blandford, Québec, G0Z 1B0

N° d'assurance-maladie (enfant) : _____ Date d'expiration : _____

Nom du médecin traitant : _____

Clinique ou hôpital : _____ Téléphone : _____

2. RÉPONDANT DE L'ENFANT (CE SERA LA PERSONNE CONTACTÉE EN PREMIER LORS D'URGENCE)

Père Mère Tuteur

Prénom et nom du répondant : _____

Téléphone (travail) : _____ Poste : _____

Cellulaire ou autre numéro : _____

3. EN CAS D'URGENCE

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

Prénom et nom : _____ Téléphone : _____

Deux autres personnes à joindre en cas d'**URGENCE** :

1^{ère} personne :

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

Téléphone : _____ Cellulaire ou autre numéro : _____

2^e personne :

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

Téléphone : _____ Cellulaire ou autre numéro : _____

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, Date : _____ Raison : _____	
Blessures graves <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date : _____ Si oui, décrire : _____	Maladies chroniques ou récurrentes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, décrire : _____
A-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres, préciser : _____	Souffre-t-il des maux suivants ? Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Épilepsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Migraines <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres, préciser : _____

5. VACCINS ET ALLERGIES

Votre enfant a-t-il été vacciné ?	Date	Votre enfant a-t-il des allergies ?
Tétanos <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Fièvre des foies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Herbe à puce <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Piqûres d'insectes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Animaux* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Polio <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Médicaments* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DcaT <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____	Allergies alimentaires* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, préciser : _____		*Préciser : _____

6. PRÉVENTION / TRAITEMENT

Si vous avez répondu oui à une ou des questions précédentes (à l'exception des vaccins) veuillez compléter la section suivante :

Maladie ou allergie :	Médicaments prescrits ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signes ou symptômes à surveiller	Si oui, doit-il prendre sa médication au camp de jour ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si oui, complétez la section 7. MÉDICAMENTS
Devons-nous faire quelque chose de particulier ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autre précision, au besoin :	

7. MÉDICAMENTS

Votre enfant a-t-il, à sa disposition, une dose d'épinéphrine (Epipen, Ana-Kit) en raison d'allergies ? Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'EPINEPHRINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de Saint-Louis-de-Blandford à administrer, en cas d'urgence, la dose d'épinéphrine à mon enfant qu'il a avec lui.

Signature du parent

Est-ce que votre enfant prend des médicaments régulièrement ? Oui Non

Si oui, doit-il les prendre durant sa présence au camp de jour ? Oui Non

Si oui, veuillez compléter les questions suivantes :

Nom du médicament : _____

Raison de la prise du médicament : _____

Dose : _____ Fréquence : _____ Heures : _____

Forme : capsules, pilules Liquide : autre : spécifiez : _____

Mon enfant prend son médicament : seul avec de l'aide

Le médicament a besoin d'être réfrigéré : oui non

Date du début de la prise du médicament : _____

Date de fin de la prise du médicament : _____

Le médicament sera remis à l'animateur : chaque jour chaque semaine

Autres informations pertinentes : _____

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de Saint-Louis-de-Blandford à administrer à mon enfant le médicament aux doses inscrites ci-dessus. Je m'engage également à m'assurer que les personnes désignées ont le médicament en dose suffisante.

Signature du parent

Aucun médicament ne peut être administré sans l'autorisation écrite des parents. Les parents doivent compléter le tableau ci-dessus afin que l'enfant puisse avoir son médicament selon le dosage prescrit et à l'heure recommandée. Si l'enfant prend plus d'un médicament, veuillez compléter le tableau ci-dessus pour chaque médicament.

Les animateurs s'assureront que l'enfant a bel et bien pris son médicament. Les animateurs devront remplir et signer le Registre des médicaments chaque fois qu'un enfant prend son médicament.

Tous les médicaments sont rangés dans un endroit sécuritaire et accessible uniquement au personnel autorisé.

MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du camp de jour de Saint-Louis-de-Blandford à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments en vente libre. Les médicaments suivants sont fournis par le parent et doivent être rangés dans le sac de l'enfant, identifiés. **Bien vouloir avertir le personnel du camp de jour de Saint-Louis-de-Blandford**, pour que celui-ci puisse mettre les médicaments hors de la portée des enfants, dans un endroit sécuritaire, où seul le personnel a accès.

Cocher les médicaments :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Autres, préciser : _____ | |

Signature du parent : _____

8. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant et lui permettront de passer un agréable été à notre camp de jour.

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Votre enfant a-t-il besoin d'une veste de flottaison ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Autres précisions :

Votre enfant porte-t-il des prothèses ou doit-il en porter lors de certaines activités ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer ou participer moyennant certaines conditions ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, expliquer :	

Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic tel qu'un trouble de comportement, TDA/H, trouble du spectre de l'autisme, déficience motrice, déficience intellectuelle, ... ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez :	

Votre enfant nécessite-t-il une attention particulière (anxiété, grande gêne, phobies, agressivité envers lui ou les autres, ...) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si oui, précisez et dites-nous comment prévenir ou réagir :	

9. AUTORISATION DES PARENTS

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.

- 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 coordonnatrice du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de Saint-Louis-de-Blandford à **prodiguer les premiers soins à mon enfant**. Si la coordonnatrice du camp de jour de Saint-Louis-de-Blandford le juge nécessaire, je **l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance** ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à **collaborer avec la coordonnatrice** du camp de jour de Saint-Louis-de-Blandford et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur en lettres moulées

Signature du parent ou tuteur

____/____/_____
Date (année / mois / jour)

Autres informations que vous désirez nous communiquer :
