



# CAMP DE JOUR DE RIVIÈRE-BEAUDETTE

## FICHE SANTÉ

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nom :	
Âge au 26 juin 2021 :	Date de naissance :
Numéro d'assurance maladie :	Expiration :
Nom du médecin traitant :	Téléphone du médecin :

### 2. RÉPONDANTS DE L'ENFANT

Prénom et nom du père : _____	Prénom et nom de la mère : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____
Cellulaire ou autre : _____	Cellulaire ou autre : _____
Personne à joindre en cas d'urgence : <input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre _____	

### Coordonnées de deux autres personnes, autres que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d'urgence

Nom complet : _____	Nom complet : _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Cellulaire : _____	Cellulaire : _____
Lien avec l'enfant : _____	Lien avec l'enfant : _____

### 3. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez la date : _____	Raison : _____	
Blessures graves?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Date : _____	Décrire : _____	
Maladies chroniques ou récurrentes?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Date : _____	Décrire : _____	



# CAMP DE JOUR DE RIVIÈRE-BEAUDETTE

## FICHE SANTÉ

<p><b>A-t-il déjà eu les maladies suivantes?</b></p> <p>Varicelle    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oreillons    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Scarlatine    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Rougeole    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres, préciser : _____</p>	<p><b>Souffre-t-il des maux suivants?</b></p> <p>Asthme    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Diabète    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Épilepsie    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Migraine    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres, préciser : _____</p>	
<p><b>A-t-il reçu les vaccins suivants?</b></p> <p>Tétanos    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Rougeole    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Rubéole    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Oreillons    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Polio    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>DcaT    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Autres, préciser : _____</p>	<p><b>A-t-il des allergies?</b></p> <p>Fièvre des foins    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Herbe à puce    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Piqûres d'insectes    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Animaux*    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Médicaments*    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Allergies alimentaires*    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>*Préciser : _____</p>	
<p><b>Médicaments</b></p> <p>Votre enfant prend-il des médicaments?    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, noms des médicaments et posologie:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Les prend-il lui-même?    Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p><i>Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent administrer le médicament prescrit à votre enfant.</i></p>	<p><b>Epipen – Ana-kit</b></p> <p>Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen ou Ana-Kit) en raison de ses allergies?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/>    Non <input type="checkbox"/></p> <p><b>À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE</b>  <i>Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de Rivière-Beaudette à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.</i></p> <p>_____</p> <p><i>Signature du parent</i></p>	
<p><b>4. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES</b></p>		
<p>Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.</p>	<p>Si vous avez coché « oui », décrire :</p>	
<p>Votre enfant doit-il porter un vêtement de flottaison individuel (V.F.I.)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>*IMPORTANT* Si vous avez coché « oui », vous devez fournir le vêtement de flottaison individuel (V.F.I.) de votre enfant</p>
<p>Votre enfant présent-il des problèmes de comportement? (opposition, provocation, impulsivité, agressivité, trouble de conduite, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Votre enfant compose-t-il avec un TDA, TDAH, anxiété, dépression, trouble du sommeil ou autre ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Votre enfant a-t-il est phobies ou grandes peurs? ( Claustrophobie, insecte, animaux, orage, noir, hauteur, eau</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Votre enfant porte-t-il des prothèses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	



# CAMP DE JOUR DE RIVIÈRE-BEAUDETTE

## FICHE SANTÉ

Comment qualifieriez-vous l'appétit de votre enfant	<input type="checkbox"/> Appétit d'oiseau <input type="checkbox"/> Appétit normal <input type="checkbox"/> Appétit d'orgre	
<b>COVID-19</b> Mon enfant OU un membre de la famille a UN OU DES symptôme(s) de la COVID-19 : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre</li> <li>• Toux</li> <li>• Perte de goût et/ ou de l'odorat</li> <li>• Essoufflement et/ ou difficulté à respirer</li> <li>• Mal de gorge</li> <li>• Nez qui coule et/ ou congestion nasale</li> <li>• Grande fatigue</li> <li>• Douleurs musculaires non liées à un effort</li> <li>• Nausées (mal de cœur) et/ ou vomissements</li> <li>• Maux de ventre</li> <li>• Perte d'appétit importante</li> <li>• Maux de tête</li> </ul>	<u>Si les symptômes de mon enfant ou d'un membre de la famille débutent à la maison :</u>  Mon enfant et sa fratrie fréquentant le camp de jour restent à la maison et j'en avise la direction du camp de jour.	<u>Si les symptômes débutent au camp de jour :</u>  La direction du camp de jour communique avec le parent pour que l'enfant retourne le plus rapidement possible à la maison.
J'atteste avoir pris connaissance de l'information ci-haut et m'engage à respecter les consignes :  Initiales : _____		

### 5. 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.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de Rivière-Beaudette à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de Rivière-Beaudette le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de la santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de Rivière-Beaudette et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

**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.**

\_\_\_\_\_  
 Nom complet du parent (Lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
 Signature du parent

\_\_\_\_\_  
 Date