

# FICHE SANTÉ

## VILLE DE PASPÉBIAC

Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre fiche d'inscription.  
S.V.P. remplir une fiche santé par enfant et écrire en lettres moulées.  
Également disponible, fiche d'évaluation pour les enfants avec des besoins particuliers à remplir, si nécessaire.

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant		Sexe	
Prénom		Âge lors du séjour	
Adresse		Date de naissance	
		# assurance maladie (enfant)	
Tél. Résidence		Date d'expiration	
Nom médecin			
Tél. médecin		Clinique ou hôpital	
Courriel :			

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT (PÈRE, MÈRE OU TUTEUR)

Nom du père		Nom de la mère	
Adresse		Adresse	
Tél. Résidence		Tél. Résidence	
Tél. Bureau		Tél. Bureau	
Tél. cellulaire		Tél. cellulaire	
Courriel :		Courriel :	

### 3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :			
	Père et mère	Mère	Père
			Tuteur
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :			
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Lien avec enfant		Lien avec enfant	
Tél. Résidence		Tél. Résidence	
Tél. Bureau		Tél. Bureau	
Tél. cellulaire		Tél. cellulaire	
Courriel :		Courriel :	

#### 4. ALLERGIES

A-t-il des allergies?*	Oui	Non
Fièvre des foins		
Herbe à puce		
Piqûres d'insectes		
Animaux		
Médicaments		
Allergies alimentaires		
* Allergies : Veuillez décrire la nature et les symptômes des allergies :		

#### 5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il un ou des médicaments?	Oui	Non
Nom du médicament :	Posologie :	
Nom du médicament :	Posologie :	
Nom du médicament :	Posologie :	
Les prend-il lui-même?      Oui      Non	Préciser :	
<p><b>Si votre enfant doit prendre des médicaments</b>, vous devez, 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.</p>		

#### 6. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du camp de jour de la Ville de Paspébiac à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre

**Cocher les médicaments :**

<input type="checkbox"/>	Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
<input type="checkbox"/>	Antiémétique (Gravol)
<input type="checkbox"/>	Antihistaminique (Benadryl en crème)
<input type="checkbox"/>	Anti-inflammatoire (Advil)
<input type="checkbox"/>	Antibiotique en crème (Polysporin)
<input type="checkbox"/>	Autre, préciser :

## 7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant mange-t-il?	Facilement	Difficilement	Peu d'appétit
Précisez, si nécessaire			
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	oui	non	
Si oui, expliquer			
Votre enfant présente-il des problèmes de comportement?	oui	non	
Si oui, décrire			
Pour bien évaluer les besoins particuliers de l'enfant, nous avons un formulaire plus exhaustif à remplir, si nécessaire. Également, il sera possible de prévoir une rencontre avec le coordonnateur du camp de jour. Toutefois, si en quelques mots, d'autres renseignements important peuvent aider le personnel du camp de jour à travailler avec votre enfant ? S'il vous plaît détaillez (personnalité, situation familiale, relations avec les autres, troubles du langage, etc.)			

***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.***

## 8. AUTORISATION DES PARENTS

Étant donné que le camp de jour de la Ville de Paspébiac prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de la Ville. Par ailleurs, j'autorise le personnel du camp de jour de la Ville de Paspébiac à prendre une photo de mon enfant en début de séjour à des fins d'identification.

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 la Ville de Paspébiac à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de la Ville de Paspébiac le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance (à mes frais) ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire si les personnes responsables n'ont pu me contacter immédiatement.

Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Ville de Paspébiac et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date