

# FICHE SANTÉ

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

PHOTO DE L'ENFANT

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant

Sexe :  Masculin  Féminin

Numéro d'assurance maladie :

Expiration :

Photo obligatoire **pour enfant allergique** et facultative pour les autres

### Nom des parents ou tuteurs :

Nom :

Adresse :

No téléphone maison :

No téléphone travail :

No téléphone cellulaire :

Courriel :

**Coordonnées de deux personnes, autres que les parents ou tuteur, à joindre en cas d'urgence et autorisé à venir chercher.**

Nom complet :	Nom complet :
Lien avec la famille :	Lien avec la famille :
# de téléphone :	# de téléphone :

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

- Maladies chroniques ou récurrentes : (Asthme, Épilepsie, Diabète, etc.) OUI  NON

Si oui, décrire :

---

---

- A-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités OUI  NON

Si oui, décrire :

---

---

---

## ALLERGIES

Allergies alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allergies aux arachides	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Fièvre des foins	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Animaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Pénicilline	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres médicaments	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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

### Si l'enfant a des allergies

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en fonction de ses allergies

- OUI  
 NON

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament :

- L'enfant lui-même  
 L'animateur de l'enfant  
 Toute personne adulte responsable

## INFORMATIONS MÉDICALES

<b>Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert des troubles suivants</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Asthme ou autres troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérances alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre(s), veuillez préciser: _____		

<b>Votre enfant prend-t-il des médicaments sur une base régulière ?</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Si oui, inscrivez le nom du médicament et sa posologie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom du médicament	Posologie

Durant l'année scolaire, votre enfant a-t-il un suivi avec un professionnel dû à des troubles de comportement ? (Exemple : accompagnement 1 pour 1, suivi intervenant social, etc.) **Oui**  **Non**

Si oui, inscrire le nom de la personne ressource ainsi que l'école fréquentant votre enfant. Une copie du plan d'intervention, s'il y a lieu, devra être apporté pour mettre au dossier de l'enfant.

**Personne ressource :** \_\_\_\_\_

**École :** \_\_\_\_\_

## NIVEAU DE NATATION

Est-ce que votre enfant sait nager en eau profonde? OUI  NON

Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la piscine? OUI  NON

---

## AUTORISATION D'ADMINISTRER DES MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

En cas d'urgence, les moniteurs ou coordonnateurs doivent avoir votre autorisation afin d'administrer des médicaments à votre enfant.

J'autorise le Camp le Terrier à administrer à mon enfant un ou plusieurs des médicaments mentionnés ci-dessous.

Oui  Non

- Acétaminophène (ex: Tylenol)
- Anti-inflammatoire (ex: Advil)
- Antihistaminique (ex: Bénadryl, Réactine, etc.)
- Autre(s), veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Je m'engage à fournir la prescription médicale (ou sa photocopie), la quantité requise du médicament ainsi qu'un contenant hermétique au moniteur au début du séjour au camp de vacances.

*La direction du Camp le Terrier vous recommande fortement de demander à votre pharmacien de mettre les médicaments de prescription de votre enfant dans le système **DispilTM**. Ce système permet d'assurer un suivi plus étroit de la prise de médicaments. Vous devez vous assurer de remettre aux moniteurs responsables de votre enfant la quantité de médicaments appropriée pour la durée du séjour. Vous devez écrire sur le contenant du médicament les informations suivantes: **nom de l'enfant, nom du médicament, posologie, nom et coordonnées du pharmacien et nom et coordonnées du médecin.***

## AUROSITATION DE VÉRIFICATION DES TÊTES POUR TRACE DE POUX

J'autorise les employés du Camp le Terrier ou toute personne liée à l'organisation du camp de jour à vérifier la tête de mon enfant pour présence de poux ou lentes. J'accepte d'aller chercher mon enfant dans les plus brefs délais si des poux ou lentes sont trouvés dans sa tête et de prendre les moyens afin de remédier à la situation.

Oui  Non

## AUROSITATION DE FILMER OU PRENDRE DES PHOTOS

J'autorise les employés du Camp le Terrier à filmer mon enfant ou le prendre en photo durant toute la durée du camp de jour et de le publier à des fins promotionnelles si besoin.

Oui  Non

## AUTORISATION DE TRANSMETTRE DE L'INFORMATION

J'autorise les employés du Camp le Terrier à m'informer de toutes activités susceptibles de m'intéresser.

Oui  Non

## AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Oui  Non

## COMMENTAIRES ET AUTRES PARTICULARITÉS MÉDICALES :

---

---

---

Par la signature de ce formulaire, j'atteste que les renseignements donnés sont conformes. Je m'engage également à informer la direction du Camp le Terrier si des modifications au dossier médical surviennent avant le séjour de mon enfant.

---

*Signature du parent ou tuteur*

---

*Date*