

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET SANTÉ

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT:

Nom :	
Prénom :	
LANGUES PARLÉES (veuillez préciser :	
Adresse :	
Code postal:	
Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	
Age au 30 septembre 2024 :	
Numéro d'assurance-maladie :	
Date d'expiration :	
Nom du médecin traitant :	
Téléphone du médecin :	
Clinique ou hôpital :	

RÉPONDANTS DE L'ENFANT :

Nom du père :	
Téléphone :	(Res.)
	(Bureau)
	(Cell.)
Courriel:	

Nom de la mère :	
Téléphone :	(Res.)
	(Bureau)
	(Cell.)
Courriel :	
Personne à joindre en cas d'URGENCE:	<input type="checkbox"/> Mère et père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : _____
DEUX AUTRES personnes à joindre en cas d'URGENCE:	Nom: Lien avec l'enfant: Téléphone:
	Nom: Lien avec l'enfant: Téléphone:

INFORMATION MÉDICALE:

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?	Oui/Non	Si oui : date/raison?
Blessures graves (date et description):		
Maladies chroniques ou récurrentes (description):		
Maladies contagieuses (date et description)		

Les vaccins de votre enfant sont à jour? (Polio, tetanos, diphterie, rubéole, rougeole, oreillons, DcaT, autre) :	Oui/Non :	
	Date de la dernière mise à jour des vaccins:	
Votre enfant souffre-t-il d'allergies?	Oui/Non :	Si oui, SVP précisez :
Votre enfant prend t-il des médicaments?	Si oui, lesquels et pourquoi:	
	Les prend-t-il lui-même?	

DOSE D'ADRENALINE (EPIPEN) :

SVP signez si votre enfant a une dose d'adrénaline:

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de Pontiac à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline (EPIPEN) à mon enfant.

Signature du parent

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES :

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Précisez :	

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers/défis qui nécessitent une attention particulière? Si oui, veuillez préciser:	
Votre enfant a-t-il un problème de motricité? Si oui, veuillez préciser:	
Votre enfant s'alimente-t-il normalement? Si non, veuillez expliquer:	
Votre enfant porte-t-il des prothèses? Si oui, veuillez décrire:	
Votre enfant a-t-il reçu un suivi durant l'année scolaire (ex. Ergothérapeute, psychoéducateur, plan d'intervention, etc.):	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Toute autre information pertinente à nous partager au sujet de la santé de votre enfant:	

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Autorisation parentale :

- Le camp de jour prendra des photos 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 demeure la propriété du camp de jour de la Municipalité de Pontiac;

- S'il y a un changement dans la situation de santé de mon enfant avant ou pendant le programme de camp de jour, je consens à en informer la direction du camp de jour de la municipalité de Pontiac dès que possible;

- J'autorise le personnel du camp de jour de la municipalité de Pontiac à prodiguer les premiers soins d'urgence à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, j'autorise également le personnel du camp de jour de la municipalité de Pontiac à envoyer mon enfant à l'hôpital par ambulance;

- J'accepte de collaborer et de rencontrer la direction du camp de jour si le comportement ou la conduite de mon enfant interfère avec les activités du camp.

Nom du parent

Signature

Date