

## 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 2026 :	
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 :	
<b>Personne à joindre en cas d'URGENCE :</b>	<input type="checkbox"/> Mère et père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>DEUX AUTRES personnes à joindre en cas d'URGENCE :</b>	Nom: Lien avec l'enfant: Téléphone:
	Nom: Lien avec l'enfant: Téléphone:

### INFORMATION MÉDICALE:

Maladies chroniques ou récurrentes (description):		
Les vaccins de votre enfant sont à jour? (Polio, tetanos, diphtérie, 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?

### AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES :

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 :	

## **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

## **FORMULAIRE D'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**