

CAMP MÉLÉON DE LA VILLE DE RIVIÈRE-ROUGE

FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d’inscription, avant le 13 mars 2025.**

**S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom de l'enfant : |  | Sexe : | M  F  AUTRE |
| Prénom : |  | Âge lors du séjour : |  |
| Adresse : |  | Date de naissance : |  |
| Code postal : |  | Téléphone : |  |

1. **RÉPONDANT(S) DE L’ENFANT**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom et nom du PARENT 1 : | Prénom et nom du PARENT 2 : |
| Téléphone (travail) :  Poste : | Téléphone (travail) :  Poste : |
| Cellulaire ou autre numéro : | Cellulaire ou autre numéro : |

1. **EN CAS D’URGENCE**

|  |  |
| --- | --- |
| Personne à joindre en cas d’URGENCE :  Parent 1 et Parent 2  Parent 1  Parent 2  Tuteur(s) | |
| Deux autres personnesà joindre en cas d’URGENCE : | |
| Prénom et nom : | Prénom et nom : |
| Lien avec l’enfant : | Lien avec l’enfant : |
| Téléphone (rés.) : | Téléphone (rés.) : |
| Téléphone (autre) : | Téléphone (autre) : |

**4. INFORMATIONS PERTINENTES**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre enfant sait-il nager?** | Oui  Non |
| Préciser : *(a-t-il besoin d’une veste)* | |
| **Votre enfant peut-il aller à la toilette seul?** | Oui  Non |
| Si non, préciser : | |
| **Votre enfant mange-t-il et boit-il de façon autonome?** | Oui  Non |
| Si non, décrire : | |
| **Votre enfant peut-il participer à des activités de groupe?** | Oui  Non |
| Si non, décrire : | |
| **Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?** | Oui  Non |
| Si oui, expliquer : | |

**5. CONDITIONS ET ALLERGIES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Votre enfant a-t-il des allergies?** | Oui  Non |
| Si oui, lesquelles : | |

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

Oui  Non

**À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la Ville de Rivière-Rouge à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline  à mon enfant.



Signature du parent

# **6. MÉDICAMENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Votre enfant prend-il des médicaments sur les heures du camp? | Oui  Non |
| Si oui, noms des médicaments : | Posologie : |
| Les prend-il lui-même? Oui  Non | Préciser : |

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, 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.

**7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE**

J’autorise le personnel du Camp de jour de la Ville de Rivière-Rouge à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

**Cocher les médicaments :**

Acétaminophène (Tylenol, Tempra)

Antiémétique (Gravol)

Antihistaminique (Benadryl, Reactine)

Anti-inflammatoire (Advil)

Sirop contre la toux

Antibiotique en crème (Polysporin)

Autre, préciser : 

**Veuillez prendre note que toutes les informations concernant ce formulaire 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**

* Si des changements devaient être apportés aux réponses contenues au présent formulaire 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.
  + OUI
  + NON

*\*Formulaire de mise à jour de la fiche santé disponible à l’accueil du camp.*

* J’autorise le Camp de jour de la Ville de Rivière-Rouge à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Ville de Rivière-Rouge 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
* Je m’engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la Ville de Rivière-Rouge et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
  + OUI
  + NON

Nom et prénom du parent ou tuteur 

 

Signature du parent ou tuteur Date