



# Fiche santé Camp de jour 2021



## IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

No d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DES PARENTS OU DU TUTEUR

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell./autre : \_\_\_\_\_

Nom du père : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell./autre : \_\_\_\_\_

OU

Nom du tuteur : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell./autre : \_\_\_\_\_

## PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE LES PARENTS)

1. Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell./autre : \_\_\_\_\_

2. Nom : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cell./autre : \_\_\_\_\_

## HABILETÉS AQUATIQUES

Mon enfant a besoin d'un objet flottant pour nager.  Oui  Non

Mon enfant est capable de nager sans aide flottant, sur une distance minimale de 15 mètres sans s'arrêter.  
 Oui  Non

Mon enfant est capable de sauter seul, à partir du bord de la piscine et revenir sans aide flottant.  
 Oui  Non

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### ALLERGIE

Votre enfant souffre-t-il d'allergie (s) ? :

Alimentaire  Oui  Non Animaux  Oui  Non  
Piqûre d'insecte  Oui  Non Pénicilline  Oui  Non  
Fièvre des foins  Oui  Non Autres : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition un Épipen ou un Ana-Kit en fonction de ses allergies ?  
 Oui  Non

### PROBLÈMES PHYSIQUES

Votre enfant souffre-t-il ?

Asthme  Oui  Non Diabète  Oui  Non  
Hémophilie  Oui  Non Épilepsie  Oui  Non  
Maladie du cœur  Oui  Non Autres : \_\_\_\_\_

### MÉDICATION

Votre enfant doit-t-il prendre des médicaments durant la journée?  Oui  Non

Indiquer les médicaments que l'enfant devra possiblement prendre durant la journée :

(Ex. : Ventolin, pompe) (Ex. : Crise d'asthme) (Ex. : 2 bouffées avant exercices)

| Nom du médicament | Indication | Fréquence | Cochez :      |           |
|-------------------|------------|-----------|---------------|-----------|
|                   |            |           | Régulièrement | Au besoin |
|                   |            |           |               |           |
|                   |            |           |               |           |

### AUTORISATION DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

J'autorise les responsables du camp de jour à distribuer à (nom de l'enfant) \_\_\_\_\_ le ou les médicament (s) suivant : \_\_\_\_\_ selon la dose prescrite.

Je n'autorise pas les responsables du camp de jour à distribuer des médicaments à mon enfant.



Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2021

**N.B : Tous les médicaments à prendre régulièrement devront être dans leur contenant original avec l'étiquette de prescription.**

### CONDITION PHYSIQUE

Existe-t-il des contre-indications au niveau des activités physiques que votre enfant ne peut pas faire ?  
 Oui  Non

Si oui, veuillez donner plus de détails : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION

J'autorise la municipalité de Saint-Léon-le-Grand à transporter mon enfant par ambulance ou par tout autre moyen et ce, à mes frais ainsi que de faire admettre mon enfant dans un établissement de soins de santé.

J'affirme que les renseignements donnés précédemment sont véridiques et que j'ai répondu au meilleur de ma connaissance.



Signature du parent ou du tuteur

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2021