

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant _____

Prénom de l'enfant _____

Numéro d'assurance maladie _____

Expiration _____

EN CAS D'URGENCE

Nom complet _____

Nom complet _____

Adresse _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Lien avec la famille : Parent Ami Voisin Lien avec la famille : Parent Ami Voisin

Tél. : _____

Tél. : _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUXVotre enfant a-t-il des antécédents médicaux ? OUI NON

(Prothèses, chirurgie, blessures graves, maladie chronique, etc.)

Si oui, veuillez spécifier la nature et la date de l'antécédent: Date : ____ / ____ / ____

**Est-ce qu'il fait... ?
pratiquer**Asthme : OUI NON Hernies : OUI NON Épilepsie : OUI NON Diabète : OUI NON

Autre :

Précisez :

A-t-il déjà eu une des maladies suivantes ?Varicelle : OUI NON Oreillons : OUI NON Scarlatine : OUI NON Rougeole : OUI NON

Autre :

Précisez :

Votre enfant a de la difficulté à**pratiquer****Certaines activités ?**OUI NON

Si oui, décrire :

NIVEAU EN NATATION

Est-ce que votre enfant est en mesure de nager sans veste de flottaison (ou sans flotteurs ou sans ballon)?

OUI NON Est-ce que votre enfant dispose d'un vêtement de flottaison ? OUI NON (si oui, il faudra l'apporter tous les jours)**ALLERGIES**Est-ce que votre enfant a des allergies ou intolérances ? OUI NON précisez : _____

Est-ce que votre enfant a à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies ?

OUI NON

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie ?



ANNEXE 1 : FORMULAIRE D'AUTORISATION DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS OCCASIONNELS

- **Si votre enfant doit recevoir un médicament** pendant son camp de jour, nous vous demandons de **remplir et de signer ce formulaire d'autorisation**. **Aucun médicament ne sera distribué sans cette autorisation.**

MÉDICATION

Nom du médicament : _____ Dose : _____

DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

Lundi Heure(s) :

Mardi Heure(s) :

Mercredi Heure(s) :

Jeudi Heure(s) :

Vendredi Heure(s) :

Effets secondaires prévisibles, si connus :

Mode de conservation du médicament :
(selon les indications du pharmacien)

Prescrit par Dr :

NOTE

1. Le médicament doit être présenté dans un contenant qui répond aux normes de sécurité (bouchon sécuritaire – contenant incassable).
2. Le contenant doit porter l'étiquette de la pharmacie (duplicata disponible à la pharmacie).
3. La dose requise pour la journée seulement doit être donnée. Le matériel requis devra être acheminé avec le médicament (seringues, compte-gouttes, etc.)
4. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, **vous devez en aviser le camp de jour par écrit**.
5. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez compléter immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise un membre du personnel du camp de jour, à administrer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin.

Je reconnais que le personnel du camp de jour accepte de donner des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, celui-ci ne possédant par l'expertise ni les connaissances professionnelles relatives à la distribution des médicaments. Je reconnais avoir lu la section « note » de ce formulaire et d'en respecter le contenu.

Je dégage le camp de jour de toute responsabilité résultant de l'administration de médicaments.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date