

Fiche santé – Saint-Augustin-de-Woburn

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

N° du formulaire d'inscription :

Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d'information auprès du personnel afin d'assurer la sécurité des participants.

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT

Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Numéro d'assurance maladie : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Adresse :		Date d'expiration : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Ville :		Code postal :
Téléphone :	Autre téléphone :	

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS (parents ou tuteurs)

1. Nom :	Prénom :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Téléphone : résidence :	travail :	Courriel :
2. Nom :	Prénom :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Téléphone : résidence :	travail :	Courriel :

AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom :	Lien :	Téléphone :
-------	--------	-------------

SECTION 3 - INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT

Votre enfant prend-t-il des médicaments? Oui, remplir section 5 Non

Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères? Oui, remplir section 6 Non

Veillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :

<input type="checkbox"/> Allergie légère : _____ <input type="checkbox"/> Asthme : <input type="checkbox"/> pompe <input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> insuline <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Hyperactivité/TDAH <input type="checkbox"/> Autres : _____	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques <input type="checkbox"/> Troubles visuels : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> lentilles <input type="checkbox"/> Troubles auditifs : <input type="checkbox"/> Appareil <input type="checkbox"/> Troubles moteurs : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui <input type="checkbox"/> Troubles de langage <input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Handicap physique : _____ <input type="checkbox"/> Handicap intellectuel : _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Si vous avez coché une ou plusieurs cases plus haut, veuillez en faire une description détaillée de cette situation santé. (Toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant)

Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, sa médication (voir tableau plus bas), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.

SECTION 4 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

À quelle école va-t-il?

Est-il dans une classe à effectif réduit? Oui Non

Peut-il fuguer? Oui Non

A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives? Oui Non

Comment l'enfant se comporte-t-il à l'école, dans son milieu familial et social?

Votre enfant sait-il nager? Oui Non Avec aide? Oui Non
 Mon enfant doit nager en tout temps avec : Veste de flottaison / bouée

Souffre-t-il de phobie (peur) _____ et/ou de vertige? Oui Non

Fiche santé – Saint-Augustin-de-Woburn

SECTION 5 : SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS

Identification de la médication:

Nom du médicament	Dose (nbre ou milligramme)	Heure du traitement	Couleur	Endroit d'application	Raison/maladie
Ex : RITALIN	2 capelets	10 h 30	Blanche	Avaler avec de l'eau	Hyperactivité

Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :

SECTION 6 : ALLERGIES GRAVES

De quelle allergie souffre votre enfant ? _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) : Oui Non

L'enfant lui-même (auto-administration)

POSOLOGIE : _____

Autres informations :

SECTION 7 — ATTESTATION ET AUTORISATION

Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel d'animation. Le participant doit être capable de prendre seul ses médicaments. Cependant, nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé.

Je dégage le Service d'animation estivale et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.

J'autorise les responsables du camp de jour à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (Premiers soins, ambulance, par exemple). Oui non

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Service d'animation estivale se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possible. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de (votre enfant) _____ au SAE, et que ces informations sont exactes et complètes.

Le Service d'animation estivale n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent

Date