

# FICHE SANTÉ

Veillez remplir 1 fiche par enfant svp!



## IDENTIFICATION

Nom de l'enfant		Sexe M___ F___	
Prénom de l'enfant		Code postal	
Adresse			
Numéro d'assurance maladie		Expiration / (obligatoire)	
Date de naissance (Année/Mois/Jour)		Âge au 30 septembre 2020	

## PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

<b>Mère</b>		Courriel	
Tel. résidence	Tel. bureau	Cellulaire	
Emploi de la mère	Est-ce que l'emploi sera occupé à <b>temps plein, hors de la résidence familiale</b> , du 25 juin au 14 août? Oui Non		
<b>Père</b>		Courriel	
Tel. résidence	Tel. bureau	Cellulaire	
Emploi du père	Est-ce que l'emploi sera occupé à <b>temps plein, hors de la résidence familiale</b> , du 25 juin au 14 août? Oui Non		
<b>Autre personne</b> (lien de parenté)			
Tel. résidence	Tel. bureau	Cellulaire	

## SÉCURITÉ AQUATIQUE (COCHEZ)

Niveau de nage de mon enfant DÉBUTANT \_\_\_\_\_ INTERMÉDIAIRE \_\_\_\_\_ AVANCÉ \_\_\_\_\_

Mon enfant doit porter :

VFI (veste de sauvetage) \_\_\_\_\_ FLOTTEURS (bras) \_\_\_\_\_ CEINTURE DE FLOTTAISON(hippo/ballon) \_\_\_\_\_ AUCUN \_\_\_\_\_

## DONNÉES MÉDICALES (COCHEZ)

_____ Autisme	_____ TDA/H
_____ Asthme	_____ Troubles envahissement du développement
_____ Diabète	_____ Troubles de l'impulsivité
_____ Difficulté avec l'autorité	_____ Troubles de l'opposition
_____ Épilepsie	_____ Troubles du langage
_____ Maux de tête fréquents	_____ Troubles nerveux

Allergies (précisez) :

Autres (précisez) :

Prend-il des médicaments? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Informations supplémentaires :

## AUTORISATION PARENTALE DÉPART

Lors de son départ, avec ou sans service de garde, avec qui l'enfant est autorisé à partir?

\_\_\_ Seul \_\_\_ Père \_\_\_ Mère \_\_\_ Autre Nom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_



#### AUTORISATION - CRÈME SOLAIRE

Il est interdit pour les animateurs d'appliquer de la crème solaire à votre enfant, mais il est souvent nécessaire de refaire des applications durant les journées ensoleillées. Si vous ne signez pas l'autorisation, votre enfant aura la responsabilité de s'appliquer de la crème solaire seul ou à l'aide des autres jeunes de son groupe. J'autorise l'équipe du camp de jour à appliquer de la crème solaire à mon enfant au besoin.

Signature : \_\_\_\_\_

#### AUTORISATION - PHOTOS

J'accepte que mon enfant soit photographié et que ces photos puissent être utilisées par la Municipalité de Saint-Alexandre-de-Kamouraska à des fins publicitaires.

Signature : \_\_\_\_\_

#### AUTORISATION - PREMIERS SOINS

J'accepte de décharger la Municipalité de Saint-Alexandre-de-Kamouraska de toutes responsabilités en cas d'accident et/ou d'incident qui pourrait arriver à mon enfant lors des activités à l'extérieur et sur les terrains municipaux. Cela inclus les risques de contamination par un virus, comme le COVID-19. En cas d'urgence, j'autorise les employés municipaux à prendre les mesures nécessaires pour prodiguer les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire. Le transport hospitalier est aux frais du parent.

Signature : \_\_\_\_\_

#### RESPECT DU BON DÉROULEMENT

En tant que parent ou tuteur, j'accepte et j'ai informé mon enfant que nous nous engageons à respecter les règles du camp de jour (tarification, heures, code de vie, etc.). Je comprends aussi, par la présente, que j'ai la responsabilité de lire le guide des parents et que je peux me le procurer sur le site Internet de la Municipalité ou sur demande au responsable du camp de jour.

Signature : \_\_\_\_\_

#### RESPECT DES POLITIQUES

Je déclare que toute l'information sur le participant est véridique et exacte. Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information au responsable du camp de jour qui fera le suivi approprié avec l'équipe d'animation. Je m'engage à collaborer avec le responsable du camp de jour et à venir le rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités. J'ai pris connaissance des politiques et je m'engage à les respecter.

Signature : \_\_\_\_\_