

**CAMP ADOS
VILLE DE PORTNEUF**

FICHE SANTÉ

Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.

REPLIR UNE FICHE PAR ENFANT.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge au 30 sept. :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance maladie (enfant) :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone :		Téléphone du médecin :	
Nom du médecin traitant :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :	Prénom et nom de la MÈRE :
Téléphone (travail) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à 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) :

1. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui,			
Date :		Raison :	
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		Souffre-t-il des maux suivants?	
Varicelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		Autres, précisez :	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date	A-t-il des allergies?	
Tétanos :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foies :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbe à puce :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux* :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Médicaments* :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DcaT :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires* :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :			Autres, préciser :	

AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

Votre enfant sait-il nager ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
------------------------------	---

Préciser :	
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, expliquer :	

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant 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.

- **AUTORISATION DES PARENTS** : Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp ados, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le camp ados de Portneuf à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp ados de Portneuf le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp ados de Portneuf et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date de la signature