

**CAMP DE JOUR  
VILLE DE PORTNEUF  
FICHE SANTÉ 2017**

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

**S.V.P. remplir 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. 2016. :           |   |
| Adresse :                 |  | Date de naissance :               |   |
|                           |  | N° d'assurance maladie (enfant) : |   |
| Code postal :             |  |                                   |   |
| Téléphone:                |  | Date d'expiration :               |   |
| Nom du médecin traitant : |  | Téléphone du médecin :            |   |

**2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT**

|                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| Prénom et nom du PÈRE :          | Prénom et nom de la MÈRE :       |
| Téléphone (travail) :<br>Poste : | Téléphone (travail) :<br>Poste : |
| Cellulaire ou autre numéro :     | Cellulaire ou autre numéro :     |

**3. EN CAS D'URGENCE**

|  |                 |
|--|-----------------|
| Personne à joindre en cas d'URGENCE :<br>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) :  |

#### 4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? |   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |   |
| Si oui,  |   |   |   |
| Date :   |   | Raison :  |   |
| <b>Blessures graves</b>                                      |   | <b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>                 |   |
| 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, précisez : |   |  | Autres, précisez :        |   |

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

|  |   |
|--|---|
| Est-ce que votre enfant sait nager ?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Précisez :   |   |
| 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.**

## **7. AUTORISATION DES PARENTS**

- 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 à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le terrain de jeu de Portneuf à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du terrain de jeu 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 terrain de jeu 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**