

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE SAINT-IGNACE-DE-LOYOLA

## FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé à l'adresse courriel suivante**  
**[greffiereadjointe@stignacedeloyola.qc.ca](mailto:greffiereadjointe@stignacedeloyola.qc.ca)**  
**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"/> AUTRE <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
Code postal :		Téléphone :	

### 2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PARENT 1 :	Prénom et nom du PARENT 2 :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

### 3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Parent 1 et Parent 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <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. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies?  
Oui  Non

#### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la municipalité de Saint-Ignace-de-Loyola à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.  
Signature du parent

## 5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Préciser :

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

## 6. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET DIAGNOSTICS

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 un des diagnostics suivants?		A-t-il de la difficulté à pratiquer certaines activités?	
TDAH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
TDA	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Autres, préciser :	
Hyperactivité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Autres	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Autres, préciser :			

## 7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions suivantes nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	
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 :	

## 8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Camp de jour de la municipalité de Saint-Ignace-de-Loyola à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

Acétaminophène (Tylenol, Tempra)

Antiémétique (Gravol)

Antihistaminique (Benadryl, Reactine)

Anti-inflammatoire (Advil)

Sirop contre la toux

Antibiotique en crème (Polysporin)

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Signature de la mère ou du père : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**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.**

## 9. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de la municipalité de Saint-Ignace-de-Loyola prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de la municipalité de Saint-Ignace-de-Loyola
  - OUI
  - NON
- 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.
  - OUI
  - NON
- J'autorise le Camp de jour de la municipalité de Saint-Ignace-de-Loyola à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la municipalité de Saint-Ignace-de-Loyola le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
  - OUI
  - NON
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la municipalité de Saint-Ignace-de-Loyola à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
  - OUI
  - NON

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Date