



Fiche SANTÉ – Camp de jour 2022

1. Renseignements généraux sur l'enfant

Nom de famille :		Sexe : M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/	/
Adresse :				
Ville :		Code postal :		
Âge au 27 juin		Téléphone :		
No Assurance-maladie		Date d'expiration	/	/

2. Répondant (s) de l'enfant

Nom et prénom du parent / tuteur :		Nom et prénom du parent / tuteur :	
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 : <input type="checkbox"/> Mère et Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père	
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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhume des foins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Herbe à puce	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Migraines	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Animaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, précisez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicaments	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Précisez :	
Votre enfant a-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de Saint-Bruno-de-Kamouraska à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.			
_____ Signature du parent			

5. Médicaments

Votre enfant prend-il un ou des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom du ou des médicaments :	Posologie
Les prend-il lui-même ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Précisez :

6. Médicaments en vente libre (si applicable)

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra) | <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil) |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol) | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

Signature du parent

Date