



FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé le plus rapidement possible.
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) : Poste :	Téléphone (travail) : 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 l'Écolo-jour de la Ville de Port-Cartier 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 VACCINS

Votre enfant a-t-il récemment subi une intervention chirurgicale?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui	Date : Raison :
Maladies chroniques ou récurrentes qui pourraient nécessiter une attention particulière	
Date :	
Décrire :	

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Les questions qui suivent 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 :	
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

J'autorise le personnel de l'Écolo-jour de la Ville de Port-Cartier à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments et inscrire la dose recommandée pour votre enfant :

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

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. POLITIQUE DE REMBOURSEMENT :

Il sera possible d'annuler ou de transférer, sans frais, des semaines pour le camp de jour estival selon les places disponibles, en déposant une demande écrite, JUSQU'AU 23 JUIN 2025.

Après cette date, toutes les semaines réservées seront payables, qu'elles soient utilisées ou non. Dans le cas d'une modification à la baisse AVANT LE 23 JUIN, un remboursement sera émis par la poste.

APRÈS LE 23 JUIN, aucun remboursement ne sera effectué, à moins que ce ne soit pour des raisons médicales. Le participant devra alors présenter une attestation médicale et se verra rembourser la totalité des frais au prorata des jours non utilisés.

OUTIL 3.3 FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT – BALISE 3.3 FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

Si un participant est suspendu temporairement, ces journées ne seront pas remboursables. Si l'inscription d'un enfant est annulée pour des raisons disciplinaires, les frais d'inscription seront remboursables selon le nombre de semaines restantes.

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

10. CODE DE VIE

- J'ai le devoir de poser des gestes et d'utiliser un comportement respectueux envers moi-même et envers les autres.
- J'ai le devoir de démontrer un savoir-vivre en présence des autres.
- J'ai le devoir de surveiller mon langage.
- J'ai le devoir de participer activement aux activités de mon groupe.
- J'évite d'agacer, de provoquer ou de ridiculiser les autres.
- Je surveille mon comportement (cris, colère).
- Je garde une attitude positive.
- J'appelle les gens par leur nom.
- J'écoute les consignes du personnel.
- Je tiens les lieux propres, salubres et en bon état pour m'aider à mieux profiter de mon été.
- Les batailles, l'intimidation et toutes les autres formes de violence physique ou verbale sont interdits.
- La destruction et le bris de matériel et des infrastructures du camp ou d'autrui ne sont pas tolérés.

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

Signature de l'enfant : _____ Date : _____

11. ARRIVÉES ET DÉPARTS

Votre enfant est-il autorisé à quitter le camp de jour seul à la fin de la journée? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Autorisez-vous d'autres personnes que les répondants à récupérer votre enfant au camp? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, préciser :	Nom : Nom : Nom :	Lien avec l'enfant : Lien avec l'enfant : Lien avec l'enfant :

12. AUTRES AUTORISATIONS

- Étant donné que l'Écolo-jour de la Ville de Port-Cartier prendra des photos et des vidéos au cours de l'été, j'autorise que mon enfant apparaisse sur ces images qui pourraient être publiées sur les réseaux sociaux ou le site Web de la Ville. Je consens également À ce que tout le matériel utilisé demeure la propriété de l'Écolo-jour de la Ville de Port-Cartier.
 - OUI
 - NON

OUTIL 3.3 FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT – BALISE 3.3 FICHE SANTÉ DU PARTICIPANT

- 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 le moniteur de mon enfant.
 - OUI
 - NON
- J'autorise l'Écolo-jour de la Ville de Port-Cartier à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction de l'Écolo-jour de la Ville de Port-Cartier 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 de l'Écolo-jour de la Ville de Port-Cartier 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