



FICHE SANTÉ RELÂCHE 2017

CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ AVEC PHOTO EST OBLIGATOIRE POUR TRAITER VOTRE DEMANDE D'INSCRIPTION

IDENTIFICATION

Nom de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Adresse	Code postal
No d'assurance-maladie	
Expiration / (obligatoire)	
Date de naissance (Année / Mois / Jour)	
Année scolaire en cours :	



FAMILLE

Votre enfant a-t-il des frères et sœurs au camp de jour? OUI NON

Si oui, indiquez les noms : _____

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

GARDE PARTAGÉE OUI NON

Mère		Courriel
Tél. résidence	Tél. bureau	Cellulaire
Père		Courriel (important pour les communications courantes)
Tél. résidence	Tél. bureau	Cellulaire

DONNÉES MÉDICALES

Si vous le jugez opportun, veuillez nous contacter afin de nous informer de l'état de santé de votre enfant.

Votre enfant présente-t-il un des troubles suivants?

Allergies _____

ÉPIPEN OUI NON

J'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant. OUI NON
Pour des raisons de sécurité et d'efficacité, l'enfant doit avoir son Épipen en tout temps avec lui au camp de jour.

trouble de comportement ou psychologique

Précisez :

trouble d'ordre moteur

autre maladie connue

Votre enfant doit-il prendre des médicaments sur une base régulière?

OUI NON Nom du médicament : _____

Si oui, veuillez remplir le formulaire d'autorisation d'administration de médicaments prescrits.

Sont exclus de cette politique : l'administration d'Épipen et de pompes en cas de crise d'asthme et ce, afin d'assurer la survie d'un enfant. Cette liste est non limitative et s'applique à tous les premiers soins pouvant être administrés à un enfant participant à des activités.

VEUILLEZ COMPLÉTER LE VERSO →

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise la direction du camp à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence, ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.

Signature : 

CRÈME SOLAIRE

J'autorise les responsables du camp de jour à appliquer de la crème solaire à mon enfant, si nécessaire. OUI NON

Signature : 

AUTORISATION DE DÉPART ET SERVICE DE GARDE

IMPORTANT : Tous les arrivées et départs doivent être signalés à l'animateur en poste

Une **permission écrite** est nécessaire si vous désirez que votre enfant quitte seul avec une personne non autorisée, et ce, peu importe le lien de parenté, avec l'enfant.

Lors de son départ, avec qui l'enfant est-il autorisé à partir?

Seul Père Mère Autre Nom: _____ Lien de parenté : _____
 Autre Nom: _____ Lien de parenté : _____
 Autre Nom: _____ Lien de parenté : _____

J'autorise mon enfant à quitter le camp de jour seul :

Pour la période du dîner : OUI NON

Autre heure de départ permise : _____

AUTORISATION IMAGES

J'autorise le camp de jour Saint-Simon à utiliser ou à permettre l'utilisation de photographies à des fins publicitaires, dans les brochures ou journaux dans lesquels apparaît mon enfant dans le cadre de la programmation estivale.

Signature : 

ATTESTATION

Je déclare que toute l'information sur le participant est véridique et exacte. J'ai pris connaissance des politiques et je m'engage à les respecter.

Signature : 

Le Camp de jour St-Simon se réserve le droit de refuser toute inscription obtenue sous de faux renseignements.

Veillez prendre note que toutes ces informations sont confidentielles. Seules les informations concernant l'état de santé de votre enfant seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre une meilleure approche auprès de votre enfant ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.