

FICHE SANTÉ

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 lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone:		Clinique ou hôpital :	
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) : Poste :	Téléphone (travail) : Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : 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 : _____			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
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 :		Autres:	

5. VACCINS ET ALLERGIES

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Dates	A-t-il des allergies?	
Tétanos	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foins	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:			*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) 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 **la Corporation Loisirs & Sports Ste-Claire Inc.** à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent : _____

6. 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, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel de la Corporation Loisirs & Sports Ste-Claire Inc. à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre ou avec ordonnance, selon le cas et je dégage de toute responsabilité quant aux conséquences d'une éventuelle réaction à ce médicament.

Mon enfant : _____

Aura à prendre (Spécifiez le médicament) : _____ Régulièrement, Au besoin

Heure d'administration : _____

Signature du parent : _____ Date : _____

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

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

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Préciser :	
Votre enfant présente-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 :	
Fille : A-t-elle commencé à être menstruée? Oui <input type="checkbox"/> Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/> Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>	
Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?	

8. AUTORISATION DE DÉPART

J'autorise mon enfant, _____, âgé de _____ ans, à quitter seul le terrain de jeux lorsque les activités seront terminées, soit :

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| -en fin d'avant-midi à 12h00 | oui () non () |
| -en fin de journée à 16h00 | oui () non () |
| -à la fin du service de garde à 18h00 | oui () non () |
| -autre (spécifiez) | oui () non () _____ |

Et ce pour la période suivante : () pour la journée du _____
() pour la semaine du _____
() pour tout l'été

J'autorise aussi les personnes suivantes à venir chercher mon/mes enfant(s). Ces personnes doivent être inscrites ici pour partir avec votre/vos enfant(s) :

Nom : _____ Lien : _____

Téléphone : _____

Nom : _____ Lien : _____

Téléphone : _____

*Est-ce que pour des raisons quelconques, il y a une ou des personnes de votre entourage qui ne peuvent, en aucun cas, entrer en contact avec votre enfant (le visiter ou venir le chercher)? Si oui, veuillez préciser le nom de la personne, ainsi que son lien avec l'enfant :

Je dégage le terrain de jeux et tout son personnel de toute responsabilité suite au respect de la présente.

Signature du parent : _____ Date : _____

11. HABILITÉS AQUATIQUES (COCHEZ TOUT CE QUI S'APPLIQUE)

Mon enfant se déplace seul sur une distance d'au moins 10m et met sa tête sous l'eau.

Oui Non

Mon enfant doit porter un vêtement de flottaison individuel (VFI) à la piscine.

Oui Non

Mon enfant doit porter un vêtement de flottaison individuel (VFI) à toutes les sorties aquatiques.

Oui Non

- **Le port des flotteurs aux bras ou ballon dorsal est interdit pour un enfant ne sachant pas nager ou à risque, un VFI lui sera fourni (possibilité de frais de location en supplément pour le parent).**
- **Pour la sécurité de votre enfant, les responsables des activités se réservent le droit d'exiger le port d'un VFI à tout enfant jugé à risque.**

12. AUTORISATION CRÈME SOLAIRE

Le parent n'est pas tenu de signer cette autorisation. Toutefois s'il ne signe pas ce formulaire, l'application de crèmes solaires ne pourra être faite sur son enfant. Il peut limiter la période de validité de l'autorisation en inscrivant une durée d'application à la rubrique prévue à cette fin.

J'autorise la Corporation Loisirs & Sports Ste-Claire Inc. et ses employés à appliquer sur mon enfant de la crème solaire sur ce dernier au besoin.

N.B. : La bouteille de crème solaire doit être identifiée au nom de l'enfant. Si possible fournir de la crème solaire hydrofuge (imperméable à l'eau) avec un facteur de protection solaire (FPS) supérieur à 15 et leur date de péremption ne doit pas être dépassée.

Nom et prénom de l'enfant

Durée de validité de l'autorisation

Signature du parent

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.

14. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que la Corporation Loisirs & Sports Ste-Claire Inc. 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 de la Corporation Loisirs & Sports Ste-Claire Inc..
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du terrain de jeux, je m'engage à transmettre cette information à la direction du terrain de jeux, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise la Corporation Loisirs & Sports Ste-Claire Inc. à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction de la Corporation Loisirs & Sports Ste-Claire Inc. le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, et ce, à mes frais. De plus, s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.

Je m'engage à collaborer avec la direction de la Corporation Loisirs & Sports Ste-Claire Inc. 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