 SERVICE DE GARDE D’ACTI-FAMILLES

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 🞎 F 🞎 |
| Prénom : |  | Âge lors du séjour : |  |
| Adresse : |  | Date de naissance : |  |
|  | No d’assurance-maladie (enfant) : |  |
| Code postal : |  |
| Téléphone: |  | Date d’expiration : |  |
| Nom du médecin traitant : |  | Clinique ou hôpital : |  |
| 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 🞎 Mère 🞎 Père 🞎 Tuteur 🞎 | |
| Deux autres personnesà 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 🞎 Non 🞎 | | |
| 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 🞎 Non 🞎 | Asthme | | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Oreillons | | Oui 🞎 Non 🞎 | Diabète | | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Scarlatine | | Oui 🞎 Non 🞎 | Épilepsie | | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rougeole | | Oui 🞎 Non 🞎 | Migraines | | | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Autres, préciser : | |  | Autres, préciser : | | |  |

**5. VACCINS ET ALLERGIES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A-t-il reçu les vaccins suivants? | | Date | A-t-il des allergies? | |
| Tétanos | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Fièvre des foins | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rougeole | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Herbe à puce | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Rubéole | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Piqûres d'insectes | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Oreillons | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Animaux\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Polio | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Médicaments\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| DcaT | Oui 🞎 Non 🞎 |  | Allergies alimentaires\* | Oui 🞎 Non 🞎 |
| Autres, préciser : | |  | \*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 le Camp de jour d’Acti-familles 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 🞎 Non 🞎 |
| Si oui, noms des médicaments : | Posologie : |
| Les effets secondaires possibles de ces médicaments. | Les prend-il lui-même? Oui 🞎 Non 🞎 |

**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.

**7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE**

J’autorise le personnel du Service de garde d’Acti-Familles 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Veuillez 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.**

**8. AUTORISATION DES PARENTS**

* Étant donné que le Service de garde d’Acti-familles prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités, 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 d’Acti-familles
* Si des modifications concernant l’état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du Service de garde, je m’engage à transmettre cette information à la direction du Service de garde, qui fera le suivi approprié avec l’animateur de mon enfant.
* En signant la présente, j’autorise le Service de garde d’Acti-familles à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction d’Acti-familles le juge nécessaire, je l’autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
* Je m’engage à collaborer avec la direction du Service de garde d’Acti-familles et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
* J’autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par les animatrices du Service de garde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur