

FICHE MÉDICALE

Activités estivales 2017

IDENTIFICATION DE L'ENFANT			
Nom :		Prénom :	
Adresse :		Ville :	Code postal :
N° téléphone :		N.A.M. (N° d'assurance-maladie) :	
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :		Année scolaire complétée :	
IDENTIFICATION DES PARENTS			
Nom du parent :		Nom du parent :	
Téléphone (bureau) :		Téléphone (bureau) :	
Cellulaire :		Cellulaire :	
Adresse (si différente de l'enfant) :		Adresse (si différente de l'enfant) :	
Ville :	Code postal :	Ville :	Code postal :
FICHE MÉDICALE			
Asthme ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Allergies ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Utilisation d'un système d'injection d'adrénaline (Épipen) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Troubles du comportement, déficience physique ou psychologique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Votre enfant prendra-t-il des médicaments pendant le camp ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :
Autres : (Précisez)			
PISCINE MUNICIPALE ET PLAGE			
Est-ce que votre enfant sait nager ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la piscine ou à la plage ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE			
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Tél. résidence/ cellulaire :		Tél. résidence :	
Tél. travail :		Tél. travail :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
INFORMATIONS PERTINENTES			
Acceptez-vous que les animateurs aident votre enfant à appliquer sa crème solaire si celui-ci a de la difficulté à le faire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Votre enfant a-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, décrire :			
Lors d'activités spéciales (camping, tournoi de soccer, etc.) où aucun transport n'est prévu, acceptez-vous que votre enfant soit reconduit en voiture par un animateur advenant le cas où vous seriez dans l'impossibilité de venir le chercher? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (En cas de dernier recours)			
Y a-t-il des particularités par rapport au comportement de votre enfant dont nous devrions être au courant pour faire notre travail du mieux possible? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, décrire :			
<p>LA VILLE DE CHIBOUGAMAU prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, ce matériel en tout ou en partie sera utilisé à des fins promotionnelles (Facebook, La Sentinelle, ...). Tout le matériel utilisé demeurera la propriété DE LA VILLE DE CHIBOUGAMAU.</p> <p>J'autorise la ville de Chibougamau à utiliser les photographies et vidéos du participant pour des fins de diffusion pour illustrer des activités du camp de jour et du camp multisport.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>			
Nom de l'enfant :		Signature du parent:	

FICHE MÉDICALE (SUITE)

AUTORISATIONS DES PARENTS

J'autorise mon enfant à quitter seul :

Non

Oui; À quelle heure ? _____

Il est important d'aviser l'animateur de votre enfant, sinon il ne pourra pas quitter seul.

À la fin du camp, mon enfant peut quitter avec (autre que les parents) :

Prénom et nom : _____

Téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

Si une personne vient chercher votre enfant et que son nom n'est pas inscrit, votre enfant ne sera pas autorisé à quitter avec elle.

La ville de Chibougamau ainsi que ses employés n'assument pas la responsabilité des effets personnels perdus ou endommagés (ex : bicyclette, patins, etc.) et des frais de médicaments. En cas de transport d'urgence vers un établissement de soins de santé, les frais devront être assumés par les parents.

De plus, je _____, parent ou tuteur légal de _____, déclare avoir lu le code de vie et m'engage à le faire respecter par mon enfant.

(code de vie et toutes informations pertinentes dans le guide des parents)

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la saison estivale, je m'engage à transmettre cette information à la coordonnatrice des activités estivales, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

En signant la présente, j'autorise le CAMP DE JOUR DE LA VILLE DE CHIBOUGAMAU à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la coordonnatrice du CAMP DE JOUR DE LA VILLE DE CHIBOUGAMAU le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier.

Je m'engage à collaborer avec la coordonnatrice et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Signature :

Date :

Mère

Père

Tuteur