

FICHE MÉDICALE Activités estivales 2018

**Vous devez nous remettre la fiche médicale
à la première journée de camp de votre enfant**

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 (maison) :	Téléphone (maison) :
Bureau : Cellulaire :	Bureau : Cellulaire :
Adresse (si différente de l'enfant) :	Adresse (si différente de l'enfant) :
Ville : Code postal :	Ville : Code postal :

FICHE MÉDICALE

Souffre-t-il (elle)...	A-t-il (elle) des allergies...
Asthme ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fièvre des foins ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épilepsie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Herbes à puce ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hyperactivité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Piqûres d'insectes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles du comportement, déficience physique ou psychologique ? Précisez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Animaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant prendra-t-il des médicaments pendant le camp ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pénicilline ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant a-t-il besoin d'avoir avec lui une seringue d'Épipen ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres : (Précisez)	Arachides ou noix ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Alimentaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses ou orthèses ? Précisez <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Autres : (Précisez)

À signer si votre enfant a besoin de recevoir une dose d'adrénaline (Épipen)

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent _____

À signer si votre enfant a besoin de prendre des médicaments

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, les médicaments à mon enfant.

Signature du parent _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom et nom :	Prénom et nom :
Tél. résidence/cellulaire :	Tél. résidence/cellulaire :
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?

Oui Non

Votre enfant a-t-il des contraintes pour la pratique de certaines activités? Oui 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?

Oui Non (En cas de dernier recours)

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

PHOTOS ET VIDÉOS

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.

J'autorise la VILLE DE CHIBOUGAMAU à utiliser les photos et/ou les vidéos de mon enfant pour des fins de diffusion pour illustrer des activités du camp de jour et du camp multisport.

Oui Non

Nom de l'enfant :	Signature du parent:
--------------------------	-----------------------------

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