

CAMP DE JOUR 2026 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 famille :		Prénom :	
Adresse :			
Code postal :			
Nom du médecin		Téléphone du méd. :	
Clinique ou hôpital :			

2. RÉPONDANT (S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du parent :		Prénom et nom du parent :	
Téléphone (travail) :		Téléphone (travail) :	
Cellulaire (ou autre numéro) :		Cellulaire (ou autre numéro) :	

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'urgence :	Parents	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/>
Deux <u>autres</u> personnes à joindre en cas d'URGENCE :					
Prénom et nom :		Prénom et nom :			
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :			
Téléphone :		Téléphone :			

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui :	Raison :	Date :	
Blessures graves		Maladie chronique ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
A-t-il 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"/>	Migraine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Autres (précisez)		Autres (précisez)	

5. VACCIN ET ALLERGIES

Les vaccins suivants sont-ils à jour?		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 puces	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 (précisez)	
Polio	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Médicaments (précisez)	
DCAT	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires (précisez)	
Autres (précisez)		Autres (précisez)	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Hit) en raison de ses allergies?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
<p>À SIGNER SI VOTRE ENFANT À UNE DOSE D'ADRÉNALIBÉ</p> <p>Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant (tel que nommé à la partie 1).</p>		
<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Signature du parent</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Date</p>	

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-t-il des médicaments?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui :	Nom des médicaments :	Posologie :	
Les prend-t-il lui-même?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Précisez :
<p><i>Si votre enfant doit prendre des médicaments, vous devez, 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.</i></p>			

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Précisez :			
Votre enfant doit-il porter en tout temps un vêtement de flottaison dans l'eau?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Précisez :			
Votre enfant mange-t-il normalement?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Précisez :			
Votre enfant porte-t-il des prothèses?		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Précisez :			
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"/>

Précisez :

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du camp de jour de la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre :		OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Cocher les médicaments :			
Acétaminophène (Tylenol, Temptra)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Ibuprofène (Advil, Motrin) OUI <input type="checkbox"/>
Antihistaminique (Benadryl)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Polysporin OUI <input type="checkbox"/>
Crème solaire	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Insectifuge OUI <input type="checkbox"/>

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.

9. AUTORISATION DES PARENTS

Étant donné que le camp de jour de la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste prendra des photos de mon enfant durant l'été, je l'autorise à prendre des photos qui seront par la suite remis aux enfants et conserver à la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste. En aucun cas, les photos seront utilisées pour des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste.	<input type="checkbox"/>
Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.	<input type="checkbox"/>
En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si le camp de jour de la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.	<input type="checkbox"/>
Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la Municipalité de Saint-Jean-Baptiste et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.	<input type="checkbox"/>

Nom du parent ou tuteur

Signature

Date