Fiche santé de l'enfant

(à retourner avant le 1er mai 2024)

Prénom et nom de famille de l'enfant :_____

Date de naissance : _____ Année scolaire : _____

Nom des parents/tuteur.trices : _____

Téléphone : _____

<u>Personnes à joindre en cas d'urgence</u>

#1 Prénom et nom de famille :_____

Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____

#2 Prénom et nom de famille : _____

Lien avec l'enfant : _____ Téléphone : _____

Votre enfant a-t-il.elle des problèmes de santé? Précisez.

Allergies alimentaires : _____

Allergies aux médicaments : _____

Autres allergies :_____

Mon enfant possède un Epipen : _____

Mon enfant prendra des médicaments de façon quotidienne durant le Camp de jour? _____

Si oui, lesquels? _____

À quelle heure le.s médicament.s doit.vent-il.s être administré.s? _____

Quelle sera la.les dose.s?_____

Antécédents médicaux? _____

Votre enfant a-t-il.elle eu un suivi particulier durant l'année scolaire (personnel de soutien scolaire, autre)? _____

Si oui, de quel.s besoin.s s'agit-il? _____

Votre enfant présente-t-il.elle des problèmes de comportements? _____

Votre enfant présente-t-il.elle des limitations physiques ou mentales?_____

Autres situations susceptibles de changer le comportement de votre enfant? _____

_____

_____

IMPORTANT : 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.trice de mon enfant.

J'autorise les responsables du Camp de jour à lui administrer son.ses médicament.s tel que précisé par les parents.

Signature du parent ou d'un.e tuteur.trice :_____

Date : _____

J'autorise les responsables du camp de jour à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence.

Signature du parent ou d'un.e tuteur.trice :_____

Date : _____

IMPORTANT : Aucun médicament ne sera administré par les animateur.trices sans autorisation.