# FICHE SANTÉ 14 ANS ET MOINS

La Pocatière

**FORMULAIRE À REMPLIR PAR UN PARENT**

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOM : | | | | PRÉNOM : |
| DATE DE NAISSANCE : | J | M | A | ÂGE : |
| ☎ : | | | | ☎ EN CAS D'URGENCE : |
| # ASSURANCE MALADIE : | | | | DATE D'EXPIRATION : |
| NOM DU PARENT RESPONSABLE OU TUTEUR : | | | | |

## EN CAS D'URGENCE : AUTRES PERSONNES À CONTACTER (AUTRE QUE LE PARENT OU TUTEUR)

| | |
|---|---|
| NOM ET PRÉNOM : | LIEN DE PARENTÉ : |
| ☎ M : | ☎ C : |

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET AUTRES ( VEUILLEZ INDIQUER TOUT INFORMATION VOUS PARAISSANT PERTINENTE)

***MON ENFANT A… (SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER)***

| | | |
|---|---|---|
| UNE OU DES ALLERGIES ? OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : | |
| VOTRE ENFANT A-T-IL À SA DISPOSITION UN DOSE D'ADRÉNALINE (ÉPIPEN, ANA-KIT…) EN RAISON DE SES ALLERGIES ? OUI ❍ NON ❍ | | |
| UN HANDICAP PHYSIQUE ? | OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : |
| UNE MALADIE CONNUE ? | OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : |
| UN PROBLÈME AUDITIF OU VISUEL ? | OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : |
| UN PROBLÈME MOTEUR OU VERBAL ? | OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : |
| UN PROBLÈME COMPORTEMENTAL ? | OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : |
| VOTRE ENFANT PREND-T-IL DE LA MÉDICATION ? OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : | |
| EST-CE PENDANT LES HEURES DE CAMP DE JOUR ? OUI ❍ NON ❍ | | |

| | |
|---|---|
| SI OUI, VEUILLEZ INITIALISER LA DÉCLARATION SUIVANTE :<br>*J'autorise les personnes désignées par le camp de jour à distribuer à mon enfant le médicament selon la prescription décrite ci-bas.* | INITIALE : |
| PRESCRIPTION : | |

***MON ENFANT SAIT-IL… (SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER)***

| | | |
|---|---|---|
| NAGER ? OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : TRÈS BIEN ❍ BIEN ❍ PEU ❍ | AVEC GILET ❍ |
| PÉDALER ? OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : TRÈS BIEN ❍ BIEN ❍ PEU ❍ | A SON VÉLO ❍ |

***MON ENFANT PEUT… (SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER)***

| | |
|---|---|
| ARRIVER ET PARTIR SEUL ? OUI ❍ NON ❍ | PRÉCISION : |

VEUILLEZ INITIALISER LES DÉCLARATIONS SUIVANTES :

| | |
|---|---|
| *En cas d'urgence, s'il était nécessaire de conduire l'enfant à l'hôpital, nous nous engageons à communiquer avec les parents dans les plus brefs délais. Mais dans l'impossibilité de le faire, le soussigné nous autorise à faire donner les soins médicaux d'urgence à votre enfant, lorsque le médecin les prescrira comme nécessaires.* | INITIALE : |
| *Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour à appliquer de la crème solaire à mon enfant.* | INITIALE : |
| *J'autorise les responsables du camp de jour à photographier mon enfant dans le cadre d'activités prévues à la programmation. J'accepte que ces photos soient partagées sur les médias sociaux, le site Web et pour la promotion de Ville de La Pocatière.* | INITIALE : |

**AIMERIEZ-VOUS NOUS FAIRE PART D'UN TRAIT PARTICULIER DE VOTRE ENFANT QUI NOUS PERMETTRAIT D'ACCROÎTRE LA QUALITÉ DE NOTRE INTERVENTION À SON ENDROIT?**

| | |
|---|---|
| SIGNATURE : | DATE : |

**CETTE FICHE SANTÉ EST TRÈS IMPORTANT, ELLE NOUS PERMET DE VEILLEUR À LA SÉCURITÉ DE VOTRE ENFANT.**