

# FICHE SANTÉ DU CAMP DE JOUR DE HUNTINGDON

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

---

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant \_\_\_\_\_

Sexe    Masculin             Féminin

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_

Nom des parents ou tuteurs

1) \_\_\_\_\_ maison: \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ maison: \_\_\_\_\_ travail: \_\_\_\_\_

Coordonnées de deux personnes, autres que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d'urgence

Nom complet	Nom complet
-------------	-------------

Adresse	Adresse
---------	---------

Ville	Province	Code postale	Ville	Province	Code postale
-------	----------	--------------	-------	----------	--------------

Lien avec la famille: \_\_\_\_\_ Lien avec la famille: \_\_\_\_\_

# tél.: \_\_\_\_\_ # tél.: \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

---

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale:            OUI     NON

Si oui, veuillez spécifier la date et la nature de la chirurgie:    Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A-t-il déjà subi des blessures graves:            OUI     NON

Si oui, décrire: \_\_\_\_\_

Maladies chroniques ou récurrentes:            OUI     NON

Si oui, décrire: \_\_\_\_\_

Souffre-t-il?			A-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités?
Asthme:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Hernies:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Si oui, décrire:
Épilepsie:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	_____
Diabète:	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	_____
Autres:	_____		
Précisez:	_____		
_____			

## NIVEAU EN NATATION

Est-ce que votre enfant sait nager en eau profonde? OUI  NON

Quel est son dernier niveau de natation réussi? \_\_\_\_\_

Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la piscine? OUI  NON

Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la plage? OUI  NON

## ALLERGIES

Allergies alimentaires	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allergies aux arachides	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Animaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Fièvres des foins	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Pénicilline	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Autres médicaments	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres allergies	_____				

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) en fonction de ses allergies? OUI  NON

Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

L'enfant lui-même

Animateur de l'enfant

Toute personne adulte responsable

Posologie: \_\_\_\_\_

Commentaires et autres particularités médicales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Nom et prénom du parent ou tuteur \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_