



**FICHE SANTÉ ET AUTORISATION
CAMP DE JOUR DE LAURIERVILLE
ÉTÉ 2020**



RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Adresse de résidence : _____

COORDONNÉES

Nom de la mère :	Téléphone à la maison :
	Téléphone au travail :
	Téléphone cellulaire :
Nom du père :	Téléphone à la maison :
	Téléphone au travail :
	Téléphone cellulaire :
Coordonnées supplémentaires des parents	
Adresse courriel de la mère :	
Adresse courriel du père :	
S.V.P. Veuillez utiliser les moyens traditionnels (courrier postal ou téléphone) pour me transmettre de l'information sur mon enfant car j'utilise PEU ou PAS mon courriel. <input type="checkbox"/>	
Coordonnées de deux autres personnes à contacter en cas d'urgence (autre que les parents)	
Nom de la personne :	Nom de la personne :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone à la maison :	Téléphone à la maison :
Téléphone au travail :	Téléphone au travail :
Téléphone cellulaire :	Téléphone cellulaire :

AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

- Autorisé à quitter seul (à pied ou à vélo) N'est pas autorisé à quitter seul (à pied ou à vélo)

** Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Important : Si un jugement de la cour est rendu quant à la garde des enfants, une copie doit être transmise à la municipalité de Laurierville afin de nous aider à mieux encadrer vos enfants.

Avis important : Aucune autre personne ne sera autorisée à transporter votre enfant. Si vous prévoyez que d'autres personnes le fassent, prière de faire parvenir une autorisation écrite et signée aux moniteurs.

COMPÉTENCE À LA NAGE

Est-ce que votre enfant sait nager **seul(e)** sans aide sur **une distance de 10m** ? Oui Non

Est-ce que votre enfant a besoin de flotteur ou d'une aide de flottaison ? Oui Non

DONNÉES MÉDICALES

Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé importants **ou** une particularité? Oui Non
(Exemple : maladie chronique, diabète, asthme, épilepsie, TDAH, etc.)

Si oui, mon enfant a les problèmes médicaux suivants (pour les allergies, le spécifiez à la question suivante) :

Mon enfant est allergique aux éléments suivants (nourriture, médicaments, fièvre des foins, animaux, etc.) :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit, etc.) en raison de ses allergies ? Si oui, précisez la posologie. Oui Non Posologie : _____

Votre enfant doit-il prendre des médicaments ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Posologie : _____

Est-ce que votre enfant les prend lui-même ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant est-il suivi par un intervenant (e) du CLSC, CRDI ou CRDP actuellement ? Oui Non

Si oui, accepteriez-vous que les personnes désignées par le camp de jour de Laurierville puissent entrer en contact avec son intervenant si des problématiques particulières surviennent? Oui Non

Nom de l'intervenant (e) : _____

de téléphone : _____

Autres éléments importants dont l'équipe d'animation du camp de jour devraient être informés :

AUTORISATION DES PARENTS

- 1) J'autorise le service du camp de jour à photographier, filmer et enregistrer mon enfant dans le cadre des activités et à utiliser ce matériel à des fins promotionnelles. oui non
- 2) J'autorise mon enfant à prendre l'autobus pour se rendre sur les lieux des différentes sorties ou activités spéciales prévues au calendrier (il y aura toujours au minimum 2 animateurs par autobus). oui non
- 3) J'autorise mon enfant à manger, occasionnellement, des petites collations salées, glacées ou sucrées fournies par le camp de jour. oui non
- 4) J'autorise le personnel du camp de jour à faire des sorties à pied avec mon enfant **dans la municipalité** (par exemple aller au parc de la rue Place Roy). oui non
- 5) J'accepte de déboursier des frais supplémentaires de 5 \$ si mon enfant oublie son lunch et que je ne peux pas lui en apporter un dans un délai raisonnable. oui non
- 6) Autorisez-vous et donnez-vous le droit aux moniteurs du camp de jour d'appliquer de la crème solaire sans PABA au besoin à votre enfant ? Oui Non
- 7) Autorisez-vous les personnes désignées par le camp de jour de Laurierville à entrer en contact avec l'intervenant (e) (CLSC, CRDI, CRDP) de votre enfant, au besoin, pour obtenir des informations si des problématiques particulières surviennent ? Oui Non
- 8) Autorisez-vous les animatrices du camp de jour et les coordonnatrices à déplacer votre enfant à bord de leur véhicule **dans une situation qui le nécessite.** ? Oui Non
- 9) Autorisez-vous les personnes désignées par le camp de jour de Laurierville à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline nécessaire pour contrôler les allergies de votre enfant. Oui Non

En signant la présente :

* J'autorise le camp de jour de Laurierville à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

** Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de Laurierville et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

*** Je m'engage à transmettre les modifications concernant l'état de santé de mon enfant si elles surviennent avant le début ou pendant la période du camp de jour à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec le moniteur.

Signature de la mère ou du père _____ Date _____

Soyez assurés de la confidentialité de ces renseignements.