

# CAMP DE JOUR DE SAINT-MICHEL-DES-SAINTS FICHE SANTÉ 2017



**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.  
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Prénom et nom de l'enfant :	
N° d'assurance-maladie :	Date d'expiration :

## EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux personnes à joindre en cas d'URGENCE (si on ne rejoint pas les parents) :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

## PROFIL MÉDICAL

Votre enfant souffre-t-il des maux suivants?		Votre enfant a-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Préciser :	

À signer si votre enfant possède une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) en cas de choc anaphylactique  
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de Saint-Michel-des-Saints à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il des médicaments ?	Votre enfant souffre-t-il d'un de ces troubles ?	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	TDAH	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, noms des médicaments :	Trouble du spectre de l'autisme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Posologie :	Déficiences motrice	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Déficiences auditive	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les prend-il lui-même ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Anxiété	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Trouble de langage	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

**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**

**Voir au verso →**

# CAMP DE JOUR DE SAINT-MICHEL-DES-SAINTS FICHE SANTÉ 2017



Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant doit-il porter une veste de flottaison dans l'eau ? (baignade plage municipale)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	* Si oui elle sera portée en tout temps, sans exception.
Votre enfant présente-il des problèmes de comportement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, décrire :		
Votre enfant mange-t-il normalement ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si non, décrire :		
Est-ce que vous autorisez le personnel du camp de jour à appliquer de la crème solaire à votre enfant ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	*Afin d'éviter les coups de soleil, le personnel peut avec votre autorisation aider votre enfant à appliquer sa crème.

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

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date de la signature

**Voir au verso** ⇨