



## Municipalité de Wotton

396, rue Monseigneur L'Heureux  
WOTTON (Québec) J0A 1N0 Tél. : 819 828-2112  
Heures d'ouverture : 8h à 12h – 13h à 16h

## FICHE SANTÉ DE L'ENFANT

Une fiche par enfant



### 1 - RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT

Prénom, Nom			
Téléphone		Sexe	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Date de naissance (JJ-MM-AA)	N° assurance maladie	Date d'expiration (MM-AA)	
Âge :			
Votre enfant sait-il nager sur une distance de 30m (100 pieds)?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mon enfant doit nager en tout temps avec :		Veste de flottaison <input type="checkbox"/>	

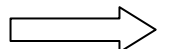
### 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS (PARENTS OU TUTEURS)

Prénom, Nom du <b>père</b>	Téléphone cellulaire ou maison	Téléphone travail	
Prénom, Nom de la <b>mère</b>	Téléphone cellulaire ou maison	Téléphone travail	
<b>Personne à joindre en cas d'urgence</b>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Tuteur		
<b>Autres personnes à joindre en cas d'urgence</b>			
Prénom	Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone
Prénom	Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone

### 3 - AUTORISATION DE DÉPART

Est-ce que votre enfant utilisera le service de garde le matin et/ou le soir?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
J'autorise mon enfant à quitter le Camp de jour <b>à pied</b> seul :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	à <b>vélo</b> seul : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Qui est autorisé à venir chercher votre enfant à la fin de la journée?		Mot de passe : _____	
<input type="checkbox"/> Mère et/ou père	<input type="checkbox"/> Mère seulement	<input type="checkbox"/> Père seulement	<input type="checkbox"/> Autre adulte
<b>Autre adulte</b> qui peut venir chercher votre enfant	Numéro de téléphone d'urgence	Lien avec l'enfant	
<b>Autre adulte</b> qui peut venir chercher votre enfant	Numéro de téléphone d'urgence	Lien avec l'enfant	

*Veuillez noter que dans les cas où ce ne sont pas les personnes autorisées qui viennent chercher l'enfant, le personnel ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Il faudra au préalable une permission écrite de votre part avisant que votre enfant quittera avec une tierce personne.*

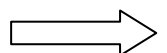


#### 4 – INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT

Votre enfant prend-t-il des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui, remplir section 6	<input type="checkbox"/> Non
Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères ?	<input type="checkbox"/> Oui, remplir section 7	<input type="checkbox"/> Non
Veuillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :		
<input type="checkbox"/> Allergie légère : _____	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques	
<input type="checkbox"/> Asthme : <input type="checkbox"/> pompe	<input type="checkbox"/> Troubles visuels : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles	
<input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> insuline	<input type="checkbox"/> Troubles auditifs : <input type="checkbox"/> Appareil	
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Troubles moteurs : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui	
<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Troubles de langage <input type="checkbox"/> Dysphasie	
<input type="checkbox"/> Hyperactivité/TDAH	<input type="checkbox"/> Handicap physique : _____	
	<input type="checkbox"/> Handicap intellectuel : _____	
<input type="checkbox"/> Autres : _____		
Si vous avez coché une ou plusieurs cases plus haut, veuillez faire une description détaillée de cette situation de santé. (toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant). Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, la médication au besoin (voir tableau à la section 6), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.		

#### 5 – AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Quelle école fréquente-t-il actuellement ?	Degré : _____
Est-il dans une classe à effectif réduit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Peut-il fuguer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Comment l'enfant se comporte-t-il à l'école, dans son milieu familial et social ?	
Souffre-t-il de phobie (peur) ? _____ et/ou vertige ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Intérêts particuliers et activités dans lesquelles votre enfant est habile et aime :	
Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :	



## 6 – SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS

### Identification de la médication

Nom du médicament	Dose (nbre ou milligramme)	Heure du traitement	Couleur	Endroit d'application	Raison/maladie
Ex : Ritalin	1 comprimé de 5 mg	2 fois, soit 1 fois à 9h et l'autre à 15h	Blanche	Avaler avec de l'eau et il le prend seul	Hyperactivité

Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :


## 7 – ALLERGIES GRAVES

De quelle allergie souffre votre enfant ? (alimentaire, médicament, etc.)	
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament, et selon quelle posologie ?	
<input type="checkbox"/> L'enfant lui-même (auto-administration) <input type="checkbox"/> L'animateur de l'enfant <input type="checkbox"/> Toute personne adulte responsable (ex. : coordonnateur, gestionnaire, ambulancier, etc.)	
POSOLOGIE : _____	
Autres informations : _____	

## 8 – ATTESTATION ET AUTORISATION

Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel d'animation. Le participant doit être capable de prendre seul ses médicaments. Cependant, nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé.

Je dégage le Camp de jour de Wotton et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.

J'autorise les responsables du Camp de jour de Wotton à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance...)  Oui  Non

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Camp de jour de Wotton se doit d'obtenir, au sujet des enfants, les informations les plus complètes possibles. Par la présente, je déclare que toutes les informations requises ont été fournies pour permettre l'inscription de (votre enfant) \_\_\_\_\_ au Camp de jour de Wotton, et que ces informations sont exactes et complètes.

Le Camp de jour de Wotton n'est aucunement responsable de tout incident ou inconfort causé à l'enfant ci-dessus mentionné et se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l'accepter en raison d'informations inexacts ou insuffisantes et même annuler son inscription.

\_\_\_\_\_

Signature du parent (obligatoire) \_\_\_\_\_  
Date (JJ-MM-AA)