

ASSOCIATION DES CAMPS CERTIFIÉS DU QUÉBEC
FICHE SANTÉ et Renseignements généraux POUR LE PARTICIPANT

Renseignements généraux de l'enfant

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		No d'assurance maladie (enfant)* :	
Code postal :		Date d'expiration :	
Téléphone :			
Nom du médecin traitant :		Clinique ou hôpital :	
Téléphone du médecin :			

(Remettre la carte d'assurance maladie au responsable du camp au début du séjour)

Répondant de l'enfant

Prénom du PÈRE :		Nom du PÈRE :	
Téléphone (travail) :			
Poste :			
Prénom de la MÈRE :		Nom de la MÈRE :	
Téléphone (travail) :			
Poste :			
GARDE de l'enfant : Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>			

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"/>	
AUTRE personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom :	Nom :
Lien de parenté avec l'enfant :	
Téléphone (rés.) :	
Poste :	
Téléphone (autre) :	
Poste :	

INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui : Date _____ Raison _____ Résultats _____			
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A-t-il (elle) déjà eu?		Souffre-t-il(elle)?	
Otitis	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Scarlatine	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Troubles de comportement	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez :		Hyperactivité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Autres, précisez :	

Concernant ces maladies ou affections, donnez-nous les renseignements importants :

Fille : A-t-elle déjà eu ses menstruations Oui Non, elle n'est pas renseignée
Non, elle est renseignée

Y-a-t-il des considérations particulières : _____

VACCINATIONS		DATE	ALLERGIES	
Rougeole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rubéole	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Herbes à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Oreillons	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Piqûres d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
DCT	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Polio	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Pénicilline	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Autres médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies aux arachides	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Allergies alimentaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, précisez:			Autres, précisez:	

- Votre enfant a-t-il à sa disposition d'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?
 Enfant lui-même Toute personne adulte responsable
 Moniteur de l'enfant Posologie : _____

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui :	
Nom des médicaments :	Posologie :
Les prend-il lui-même : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Spécifiez :
Autres particularités médicales :	

AUTRES

Présente-t-il des problèmes de comportement :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire:	
Mouille-t-il son lit?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-il somnambule?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire:	
Porte-t-il des prothèses particulières?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire:	
Y a-t-il des réserves pour certaines activités :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	

Nom du parent responsable pour les fins du reçu R-24 pour les frais de garde (Impôt)? :

L'adresse est-elle différente que celle de l'enfant? Oui Non

Si oui, veuillez identifier l'adresse postale :

Numéro d'assurance sociale du parent qui paie les frais de séjour (pour les frais de garde R-24) :

AUTORISATION MATÉRIEL PUBLICITAIRE

Étant donné que le Camp Cap à l'Original, l'Association des camps certifiés du Québec ou ses mandataires prendront des photos et (ou) des films sur les activités de mon enfant pendant la durée de son séjour, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires (brochures, revues, journaux, télévision, etc.) Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp Cap à l'Original ou de l'Association des camps certifiés du Québec.

Signature de la mère ou du père : _____ Date : _____

AUTORISATION DES PARENTS

Si votre enfant doit prendre des médicaments, à votre arrivée dans le camp, vous devrez remplir un formulaire d'autorisation d'administration de médicament ou nous fournir une autorisation écrite afin que nous puissions administrer les posologies prescrites à votre enfant.

- Veuillez prendre note que toutes ces informations demeureront confidentielles. Seules les informations concernant l'état de santé de votre enfant seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre une meilleure approche auprès de votre enfant ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.
- En signant la présente, j'autorise la direction du camp à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp 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 et à venir rencontrer les responsables du camp si le comportement de mon enfant nuit au bon fonctionnement du camp.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date