ville de Cookshire-Eaton

Fiche santé – SAE Cookshire-Eaton

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d'information auprès du personnel afin d'assurer la sécurité des participants.

N° du formulaire d'inscription :

Indiquer le secteur ou vous inscrivez votre enfant

☐ Cookshire ☐ Johnville ☐ Sawyerville

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT

Nom :	Prénom :	Sexe : F ☐ M ☐
Date de naissance :	Numéro d'assurance maladie : Date d'expiration :	
Adresse :	Ville :	Code postal :
Téléphone :	Autre téléphone :	

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS (parents ou tuteurs)

1. Nom :	Prénom :	Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐
Téléphone : résidence :	travail :	Courriel :
2. Nom :	Prénom :	Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐
Téléphone : résidence :	travail :	Courriel :

AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom :	Lien :	Téléphone :

SECTION 3 - INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT

Votre enfant prend-t-il des médicaments? ☐ Oui, remplir section 5 ☐ Non

Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères? ☐ Oui, remplir section 6 ☐ Non

Veuillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :

☐ Allergie légère :_____
☐ Asthme : ☐ pompe
☐ Diabète : ☐ insuline
☐ Épilepsie
☐ Eczéma
☐ Hyperactivité/TDAH
☐ Troubles cardiaques
☐ Troubles visuels : ☐ Lunettes ☐ lentilles
☐ Troubles auditifs : ☐ Appareil
☐ Troubles moteurs : ☐ Appareil d'appui
☐ Troubles de langage ☐ Dysphasie
☐ Handicap physique : _____
☐ Handicap intellectuel : _____

☐ Autres : _____

Si vous avez cochez une ou plusieurs cases plus haut, veuillez en faire une description détaillée de cette situation santé. (toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant)

Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, sa médication (voir tableau plus bas), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.

_____

_____

SECTION 4 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

À quelle école va-t-il?

Est-il dans une classe à effectif réduit? Oui ☐ Non ☐

Peut-il fuguer? Oui ☐ Non ☐

A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives? Oui ☐ Non ☐

Comment l'enfant se comporte-t-il à l'école, dans son milieu familial et social?

_____

_____

Votre enfant sait-il nager? Oui ☐ Non ☐ Avec aide? Oui ☐ Non ☐

Mon enfant doit nager en tout temps avec : ☐ Veste de flottaison / ☐ nouille

Souffre-t-il de phobie (peur) _____ et/ou de vertige? Oui ☐ Non ☐

Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :

_____

_____

_____

ville de Cookshire-Eaton

Fiche santé – SAE Cookshire-Eaton

SECTION 5 : SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS

Identification de la médication:

Nom du médicament	Dose (nbre ou miligramme)	Heure du traitement	Couleur	Endroit d'application	Raison/maladie
Ex : RITALIN	*2 capelets*	*10 h 30*	Blanche	*Avaler avec de l'eau*	*Hyperactivité*

Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :

_____

_____

_____

SECTION 6 : ALLERGIES GRAVES

De quelle allergie souffre votre enfant? _____

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) : Oui ☐ Non ☐

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

☐ L'enfant lui-même (auto-administration)

☐ Animateur de l'enfant

☐ Toute personne adulte responsable (ex. : coordonnateur, gestionnaire, ambulanciers, etc.)

POSOLOGIE : _____

Autres informations :

SECTION 7 - 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 Service d'animation estivale et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.

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

Je reconnais que pour assurer aux enfants un séjour sécuritaire et de qualité, le Service d'animation estivale 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 SAE, et que ces informations sont exactes et complètes.

Le Service d'animation estivale n'est aucunement responsable de tout incident ou inconvénient 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 inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.

_____ _____

Signature du parent Date