



Inscription & Fiche Santé

Saint-Gabriel-de-Rimouski

Camp de jour

Camp de jour seulement (incluant chandail): ___ 160\$ Service de garde (250\$/7sem): ___ 'Oui' ___ 'Non'
Grandeur chandail: _____

1. Renseignements généraux de l'enfant

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Age :

Sexe :

Téléphone :

mois

jour

année

Adresse :

Code postal :

Nunéros d'assurance maladie:

Nom du médecin:

Date d'expiration :

mois

jour

année

2. Répondant(s) de l'enfant

Prénom et nom du parent :

Prénom et nom du parent :

Téléphone :

Téléphone :

Cellulaire et autre :

Cellulaire et autre :

Courriel:

Courriel:

3. En cas d'urgence

Personne à joindre en cas d'urgence :

Père et mère

Père

Mère

Tuteur

Prénom et nom du parent :

Prénom et nom du parent :

Lien avec l'enfant :

Lien avec l'enfant :

Téléphone :

Téléphone :

Cellulaire et autre :

Cellulaire et autre :

4. Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? Oui Non

si oui expliquer :

Est-ce que votre enfant a un diagnostic qui a été posé par un professionnel de la santé ? Oui Non

Trouble du langage

Tendance à la fugue

Trouble envahissant du développement

TDA/He

Trouble d'opposition

Difficulté avec l'autorité (crise, colérique, etc...)

Autisme

Impulsivité

Agressivité envers les autres

Allergies précisez :

Autres précisez :

Avez-vous des recommandations spéciales ? :

5. Considération spéciales

L'enfant a-t-il des contraintes avec les stimuli extérieurs (bruit, foule, etc...) Oui Non

Est-ce que l'encadrant doit porter attention à ces caractéristiques

Gestion de l'horaire Oui Non

Assistance pour aller chercher nourriture Oui Non

Diminution de l'anxiété Oui Non

L'enfant a-t-il une diète alimentaire spéciale Oui Non

6. Participation aux activités

Est-ce que votre enfant s'intègre facilement dans un groupe? Oui Non

Comment décrivez-vous la participation de votre enfant

Il participe généralement bien

Il participe mais requiert parfois un certain soutien

Il a tendance à participer minimalement

Il refuse la participation

Est-ce que votre enfant participe aux activités aquatiques ?

Il sait nager

Il ne sait pas nager, et a besoin de flotteurs

Est-ce que votre enfant participe aux activités extérieures du camp de jour?

Il participe à aucune sortie

Il participe à la majorité des sorties

Il participe à toutes les sorties

7. Suivi professionnel de la santé

Afin de créer un encadrement adapté aux besoins de l'enfant, a-t-il ou a-t-elle reçu, au cours des 12 derniers mois, un service ou fait l'objet d'un suivi de la part d'un professionnel de la santé à l'école ou du CLSC ?

Oui Non

Si oui, précisez le suivi et le nom du professionnel concerné.

	Nom du professionnel	Numéro de téléphone
Suivi psychosociale		
Suivi psychologique		
Suivi médical		
Autre suivi		

J'autorise ce (ces) dernier(s) à communiquer les renseignements désirés à la direction du camp de jour (ou toute personne désignée par celle-ci)

8. Suivi pédagogique

Est-ce que votre enfant reçoit de l'accompagnement à l'école? Oui Non

Si oui, décrivez l'accompagnement qu'il reçoit :

Classe régulière	Classe régulière avec éducateur	Classe adaptée
------------------	---------------------------------	----------------

9. Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non

Si oui, noms des médicaments et posologie :

Les prend-il lui-même? Oui Non

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EPIPEN, ANA-KIT) en raison de ses allergies?

Oui Non

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son moniteur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

À Signer si votre enfant doit prendre des médicaments au Camp de jour

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski à administrer les médicaments suivants à mon enfant.

Signature du parent:

À Signer si votre enfant a une dose d'adrénaline

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski à administrer en cas d'urgence, la dose d'adrénaline suivante à mon enfant.

Signature du parent:

Autorisation des parents

Étant donné que le Camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski prendra des photos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski.

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent avant le début ou pendant la période de camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec le moniteur de mon enfant.

En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski 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 la municipalité de Saint-Gabriel-de-Rimouski et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou du tuteur :

Signature du parent ou du tuteur :

Date :

mois jour année