

**Fiche de Santé St-Gabriel De Rimouski  
Camp de jour**

**1. Renseignements généraux sur l'enfant**

Nom de l'enfant :	Sexe :
Prénom de l'enfant :	Âge :
Adresse :	Date de naissance :
	# assurance maladie :
Code postal :	Date d'expiration :
Téléphone :	
Nom du médecin :	

**2. Répondant(s) de l'enfant**

Prénom et nom du parent :	Prénom et nom du parent :
Téléphone (travail)	Téléphone (travail)
Cellulaire et autre numéro :	Cellulaire et autre numéro :

**3. 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 autres personnes à joindre en cas d'urgence :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone :	Téléphone :
Téléphone :	Téléphone :

**4. Antécédents médicaux**

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> expliquer :	
Est-ce que votre enfant a un diagnostic qui a été pose par un professionnel de la santé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Trouble du langage	<input type="checkbox"/> Trouble d'opposition
<input type="checkbox"/> TDA/He	<input type="checkbox"/> Trouble envahissant du développement
<input type="checkbox"/> Autismee	<input type="checkbox"/> Difficulté avec l'autorité (Crise, Colérique, etc.)
<input type="checkbox"/> Tendance à la fuguee	<input type="checkbox"/> Impulsivité
<input type="checkbox"/> Allergies précisez :e	<input type="checkbox"/> Agressivité envers les autrese
<input type="checkbox"/> Autres précisez :e	
Avez-vous des recommandations spéciales? _____	

**5. Considérations spéciales**

L'enfant a-t-il des contraintes avec les stimuli extérieurs (bruit, foule, etc.) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que la monitrice doit porter attention à ces caractéristiques
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Gestion de l'horaire
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Assistance pour aller chercher nourriture
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Diminution de l'anxiété
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> l'enfant a-t-il une diète alimentaire spéciale

**6. Participation aux activités**

Est-ce que votre enfant s'intègre facilement dans un groupe? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Comment décrivez-vous la participation de votre enfant
<input type="checkbox"/> Il participe généralement bien
<input type="checkbox"/> Il participe mais requiert parfois un certain soutien
<input type="checkbox"/> Il a tendance à participer minimalement
<input type="checkbox"/> Il refuse la participation
Est-ce que votre enfant participe aux activités aquatiques?
<input type="checkbox"/> Il sait nager <input type="checkbox"/> Il ne sait pas nager, et a besoin de flotteuse
Est-ce que votre enfant participe aux activités extérieures du camp de jour ?
<input type="checkbox"/> Il participe a aucune sortie
<input type="checkbox"/> Il participe à la majorité des sorties
<input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez le suivi et le nom du professionnel concerné.
*e Suivi psychosociale <input type="checkbox"/> Ouie <input type="checkbox"/> None
Nom du professionnel : _____ Numéro de téléphone : _____

• Suivi psychologique     Oui     Non  
 Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

• Suivi médical     Oui     Non  
 Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

• Autre suivi:     Oui     Non  
 \_\_\_\_\_

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)     Oui     Non

### 8. Suivi pédagogique

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

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

### 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 ST-GABRIEL à administrer les médicaments suivants

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ à mon enfant.

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

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

### 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 ST-GABRIEL-DE-RIMOUSKI à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

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

**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.**

### 10. Autorisation des parents

- Étant donné que le Camp de jour de la Municipalité de St-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 St-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 St-Gabriel-de-Rimouski à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de St-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 St-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 / tuteur

\_\_\_\_\_

Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Date