



Fiche santé 2019 SAE-FRONTENAC

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

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

Un formulaire par enfant

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT

Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance		

SECTION 2 - INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT

Votre enfant doit-il prendre des médicaments **PENDANT** sa présence au SAE?

Oui, compléter section 2a) Non

2a)

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

Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères? Oui, compléter section 2b) Non

2b)

Veillez 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 : _____ |

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) : 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.)

Autres informations :

SECTION 3 : BAIGNADE : INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Votre enfant peut-il nager? Oui Non Avec aide? Oui Non

Mon enfant doit nager en tout temps avec : Veste de flottaison CERTIFIÉE

Aide (flotteurs, nouille ...)

*Vous devez fournir la veste ou l'aide de flottaison

SECTION 4 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT

Est-il dans une classe à effectif réduit? 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?

SECTION 5 - ATTESTATION ET AUTORISATION

Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel d'animation. Votre enfant 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 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 inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription.

Signature du parent

Date