

## SEMAINE DE RELÂCHE 2019 : 4 AU 8 MARS

### CENTRE COMMUNAUTAIRE SAINT-PIERRE

#### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom :		Sexe :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse		Date de naissance :	____/____/____ <small>          Jour           Mois           Année</small>
Ville		N° carte Accès-loisir :	
Code postal :		Date d'expiration :	____/____/____ <small>          Jour           Mois           Année</small>
Téléphone :		N° d'assurance maladie :	
Année scolaire Terminée en juin 2018		Date d'expiration :	____/____ <small>          Mois           Année</small>
École fréquentée :			

#### 2. INFORMATIONS PARENTS / TUTEUR

L'enfant vit avec :  ses 2 parents    sa mère    son père    garde partagée    autre : \_\_\_\_\_

**Mère / tuteur (si tuteur lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_)**

Prénom :		Nom	
Cellulaire ou autre numéro :		Adresse	
Tél. travail :		Ville, code postal	
Adresse courriel :		Enfant(s) de la même famille	
<b>Frais de garde</b> Faire un relevé 24 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si relevé 24 au nom de la mère/ tuteur: N.A.S :</b> _____ % _____ <b>Si le relevé est au nom des 2 parents indiquez le % pour chacun</b> <b>Vous devez nous informer de tout changement d'adresse avant le 31/12/2018</b>		

**Père/ tuteur (si tuteur lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_)**

Prénom :		Nom	
Cellulaire ou autre numéro :		Adresse	
Tél. travail :		Ville, code postal	
Adresse courriel :		Enfant(s) de la même famille	
<b>Frais de garde</b> Faire un relevé 24 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Si relevé 24 au nom du père/ tuteur: N.A.S :</b> _____ % _____ <b>Si le relevé est au nom des 2 parents indiquez le % pour chacun</b> <b>Vous devez nous informer de tout changement d'adresse avant le 31/12/2018</b>		

**3. EN CAS D'URGENCE**

Clinique ou hôpital :		Nom du médecin traitant :	
		Téléphone du médecin :	
Personne à joindre en cas d'URGENCE :			
<input type="checkbox"/> Deux répondants <input type="checkbox"/> Premier répondant <input type="checkbox"/> Deuxième répondant			
<b>Deux autres personnes à contacter en cas d'urgence:</b>			
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone (rés.) :		Téléphone (rés.) :	
Téléphone (autre) :		Téléphone (autre) :	
<p>En signant la présente, j'autorise le Centre communautaire Saint-Pierre à <b>prodiguer les premiers soins à mon enfant</b>. Si la direction du Centre communautaire Saint-Pierre le juge nécessaire, je l'autorise également à <b>transporter mon enfant par ambulance</b> ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire avec une <b>personne désignée du Centre communautaire Saint-Pierre</b>.</p>			
_____		_____	
<b>Signature du parent</b>		<b>Date</b>	

**4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT**

<b>a)</b> Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span> Si oui, Date : _____ Raison : _____	
<b>b)</b> Votre enfant a-t-il déjà subi une blessure grave ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span> Si oui, Date : _____ Décrire : _____	
<b>c)</b> Votre enfant a-t-il, ou déjà eu, une maladie chronique ou récurrente ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</span> Si oui, Date : _____ Décrire : _____	
<b>d)</b> A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	<b>e)</b> Souffre-t-il des maux suivants?
Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Diabète <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Épilepsie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Migraines <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, préciser : _____	Autres, préciser : _____

**5. VACCINS ET ALLERGIES**

<b>a) A-t-il reçu les vaccins suivants?</b>		<b>b) A-t-il des allergies ?</b>	
Tétanos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Fièvre des foins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Herbe à puce	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Animaux <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Médicaments <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DcaT	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Allergies alimentaires <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, préciser : _____		<sup>1</sup> Préciser : _____ <sup>2</sup> Préciser : _____ <sup>3</sup> Préciser : _____ Autres : _____	
<b>c) Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?</b>			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui : par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Centre communautaire Saint-Pierre, à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.			
_____ <b>Signature du parent</b>			_____ <b>Date</b>

**6. MÉDICAMENTS**

<b>a) Votre enfant prend-il des médicaments?</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, noms des médicaments : _____		Posologie : _____
<b>b) Les prend-il lui-même?</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

**7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES** Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

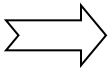
<b>a)</b> Votre enfant a-t-il besoin de surveillance particulière dans l'eau? Préciser :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>b)</b> Votre enfant nécessite-t-il un plus grand encadrement? Si oui, décrire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>c)</b> Votre enfant mange-t-il normalement? Si non, décrire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>d)</b> Votre enfant porte-t-il des prothèses? Si oui, décrire :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>e)</b> Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer ou seulement moyennant certaines conditions? Si oui, expliquez :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>f)</b> Autre information pertinente :	

**8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE**

J'autorise le personnel du Camp de jour Centre communautaire Saint-Pierre à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre, (apportés au camp par le parent).

Cocher les médicaments :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra)      | <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux               |
| <input type="checkbox"/> Antiémétique (Gravol)                 | <input type="checkbox"/> Antibiotique en crème (Polysporin) |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique (Benadryl, Reactine) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez :                  |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Advil)            | _____   |



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

\_\_\_\_\_  
Date

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

## 9. DÉPARTS

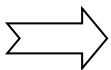
**Lorsque le camp se termine à 16 h, mon enfant... :**

- ... demeure au service de garde du CCSP **et** quittera avec une personne autorisée.
- ... demeure au service de garde du CCSP **et** quittera seul à \_\_\_ h \_\_\_. (Ex. : 16 h 45)
- ... quitte seul.
- ... quitte avec une personne autorisée.

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant:

Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :		Téléphone résidence :	
Téléphone autre :		Téléphone autre :	
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :		Téléphone résidence :	
Téléphone autre :		Téléphone autre :	
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone résidence :		Téléphone résidence :	
Téléphone autre :		Téléphone autre :	

Seulement les personnes énoncées ci-haut sont autorisées à venir chercher mon enfant.

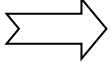


\_\_\_\_\_  
**Signature du parent**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## 10. AUTORISATION DES PARENTS

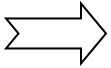
- Étant donné que le Camp de jour Centre communautaire Saint-Pierre prendra **des photos et/ou des vidéos** au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Centre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



\_\_\_\_\_  
**Signature du parent**

\_\_\_\_\_  
**Date**

- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à **transmettre cette information** à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- Je m'engage à **collaborer avec la direction** du Centre communautaire Saint-Pierre et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- Veuillez noter qu'aucun remboursement ne sera accordé après le début des activités de la semaine de relâche..



\_\_\_\_\_  
**Signature du parent**

\_\_\_\_\_  
**Date**