

SEMAINE DE RELÂCHE 2018

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>
		N° d'assurance-maladie:	
Code postal :			
Téléphone:		Date d'expiration :	
Nom du médecin traitant :		Téléphone du médecin :	
Clinique ou hôpital :			

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :		Prénom et nom de la MÈRE	
Tél. (travail) :		Tél. (travail) :	
Cellulaire ou autre numéro :		Cellulaire ou autre numéro :	
Adresse courriel :		Adresse courriel	
Faire un relevé 24 au nom de :	<input type="checkbox"/> Père NAS _____ % _____ <input type="checkbox"/> Mère NAS _____ % _____ Si changement d'adresse, veuillez nous en informer avant le 31 décembre de l'année en cours		

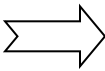
3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE : <input type="checkbox"/> Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre			
Deux autres personnes à contacter en cas d'urgence:			
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone (rés.) :		Téléphone (rés.) :	
Téléphone (autre) :		Téléphone (autre) :	
<p>J'autorise qu'une personne désignée du Centre communautaire Saint-Pierre quitte avec mon enfant si mon enfant devait partir en ambulance</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> _____ _____ </div> <p>Signature du parent Date</p>			

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, Date : _____ Raison : _____			
Votre enfant a-t-il déjà subi une blessure grave ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, Date : _____ Décrire : _____			
Votre enfant a-t-il, ou déjà eu, une maladie chronique ou récurrente		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, Date : _____ Décrire : _____			
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?		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

A-t-il reçu les vaccins suivants?		Date	A-t-il des allergies?	
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*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Polio	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Médicaments*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DcaT	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Allergies alimentaires*	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres, préciser : _____			*Préciser : _____	
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?				<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.				
 _____ Signature du parent			_____ Date	

6. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, nom du/des médicaments :		Posologie :
Les prend-il lui-même?		<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.

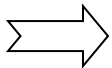
Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Préciser :	
Votre enfant nécessite-t-il un plus grand encadrement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?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

8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Centre communautaire Saint-Pierre à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre (apportés 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 à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

9. Départ

Lorsque les activités se terminent à 16 h, mon enfant... :

- ... reste au service de garde du CCSP **et** quittera avec une personne autorisée.
- ... reste 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 (rés.) :		Téléphone (rés.) :	
Téléphone (autre) :		Téléphone (autre) :	
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone (rés.) :		Téléphone (rés.) :	
Téléphone (autre) :		Téléphone (autre) :	
Prénom et nom :		Prénom et nom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Téléphone (rés.) :		Téléphone (rés.) :	
Téléphone (autre) :		Téléphone (autre) :	

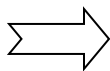
Seulement les personnes énoncées ci-haut sont autorisées à venir chercher mon enfant.

Signature du parent

Date

10. AUTORISATION DES PARENTS (prise de photo, modification de l'état de santé, prodiguer les premiers soins et transport par ambulance, collaboration avec les responsables de la semaine de relâche).

- Étant donné que le personnel du Centre communautaire Saint-Pierre prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant la semaine de relâche, j'autorise le CCSP 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.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la semaine de relâche, je m'engage à transmettre cette information à la responsable de la semaine de relâche, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise également le Centre communautaire Saint-Pierre à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Centre communautaire Saint-Pierre 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 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

11. Facturation

Section réservée au personnel

a) Nom du groupe : _____

b) Paiement :

Comptant

Débit

Chèque

Total : _____ \$

No Reçu : _____

Date : _____