

FORMULAIRE DE SANTÉ CAMP DE JOUR 2022

CENTRE COMMUNAUTAIRE SAINT-PIERRE

SVP REMPLIR UN FORMULAIRE PAR ENFANT

1. NOM DE L'ENFANT

| | |
|---------------------|----------|
| Nom de l'enfant : | Prénom : |
| Date de naissance : | Âge : |

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 à 16 h.
- ... quitte à 16 h avec une personne autorisée.

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT

| | | | |
|---|---|---|---|
| a) Votre enfant a-t-il, subi une intervention chirurgicale grave ou déjà eu, une maladie chronique ou récurrente ? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Si oui, Date : _____ Décrire : _____ | | | |
| b) Souffre-t-il des maux suivants? | | | |
| Asthme | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Diabète | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Épilepsie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Migraines | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autres, préciser : _____ | | | |

3. ALLERGIES

| | | | |
|----------------------------------|---|--|---|
| a) A-t-il des allergies ? | | | |
| Fièvre des foies | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Animaux ¹ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Herbe à puce | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Médicaments ² | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Piqûres d'insectes | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Allergies alimentaires ³ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | ¹ Préciser : _____ ² Préciser : _____ Autres : _____ | |

Signature du parent

Date

a) Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?

Oui 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

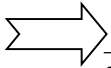
Date

4. 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.

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

Votre enfant a-t-il été diagnostiqué ou est-il en processus de diagnostic de :

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle | <input type="checkbox"/> Déficience visuelle | <input type="checkbox"/> Trouble de la santé mentale |
| <input type="checkbox"/> TSA : <input type="checkbox"/> léger <input type="checkbox"/> moyen <input type="checkbox"/> sévère | <input type="checkbox"/> Déficience auditive | <input type="checkbox"/> Trisomie 21 |
| <input type="checkbox"/> Déficience de la motricité fine | <input type="checkbox"/> Trouble du langage | <input type="checkbox"/> Trouble du comportement |
| <input type="checkbox"/> Déficience de la motricité globale | <input type="checkbox"/> Dispraxie | <input type="checkbox"/> Opposition <input type="checkbox"/> Passivité |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de la Tourette | <input type="checkbox"/> TDA <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Agressivité |

Autre : _____

6. Identifiez les actions qui requièrent l'aide active d'un adulte :

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Manger | <input type="checkbox"/> Nager | <input type="checkbox"/> Interagir avec ses pairs |
| <input type="checkbox"/> Boire | <input type="checkbox"/> Découper | <input type="checkbox"/> Parler |
| <input type="checkbox"/> Aller aux toilettes | <input type="checkbox"/> Marcher/se déplacer | <input type="checkbox"/> Se changer (maillot de bain) |
| <input type="checkbox"/> Prise de médicaments | <input type="checkbox"/> Gérer ses effets personnels ex. : boîte à lunch, sac à dos | <input type="checkbox"/> Éviter des situations dangereuses (conscience du danger) |
| <input type="checkbox"/> Monter les escaliers | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

7. MÉDICAMENTS

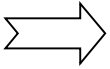
a) Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non

Si oui, noms des médicaments : _____

Posologie : _____

Les prend-il lui-même? Oui Non

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



Signature du parent

Date

8. AUTORISATION DES PARENTS

Initiales SVP



| | |
|--|---|
| | 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. |
| | 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. |
| | Le CCSP suit les consignes sanitaires émises par la Santé publique et demande aux parents leur collaboration pour le respect des règles émises. |
| | En cas d'éclosion de Covid-19 dans un groupe, le CCSP suivra les recommandations et mesures émises de la Santé publique. |
| | 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 |
| | En signant la présente, j'autorise 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 avec une personne désignée du Centre communautaire Saint-Pierre . |
| | Si mon enfant arrive par lui-même, je m'assure qu'il n'arrive pas trop tôt et que je respecte l'heure de mon forfait. Si mon enfant doit être pris en charge par le personnel du camp plus tôt que l'heure prévue, je m'engage à payer les frais encourus, soit 12\$ pour une période de garde . |
| | Lorsque j'accompagne mon enfant au camp de jour, je respecte l'heure du forfait choisi, je m'assure avec le personnel du camp qu'il est pris en charge. |
| | Je reconnais que le Centre communautaire Saint-Pierre n'est pas responsable des bris et/ou es vols. |
| | Si mon enfant n'a pas son repas des frais de 5\$ vous seront facturés pour le casse-croûte servi . |
| | Je suis conscient si mon enfant n'a pas son maillot de bain, il ne pourra pas profiter de la piscine. |
| | J'autorise mon enfant à utiliser la crème solaire d'un ami s'il n'a pas la sienne. |

