

**1. Identification de l'enfant**

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_

N° d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Exp : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_

**2. Identification du parent**

Nom : \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

**3. Contact d'urgence (en ordre de priorité)**

Nom: \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

**4. Personnes autorisées à quitter avec l'enfant<sup>1</sup>**

Nom : \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Mot de passe<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

**5. Santé**

**L'enfant a-t-il des antécédents médicaux?**

A) Intervention chirurgicale Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

B) Blessures graves Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

C) Maladies chroniques ou récurrentes Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

D) Asthme Oui  Non

Si oui, prend-il des pompes? \_\_\_\_\_

E) Autres (problème de comportements, etc.) Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si l'enfant quitte seul, veuillez le mentionner.

<sup>2</sup> Le mot de passe devra être donné à l'entraîneur à chaque départ de l'enfant.

L'enfant prend-il des médicaments? Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

L'enfant prend-il ses médicaments de façon autonome<sup>3</sup> ? Oui  Non

L'enfant a-t-il des difficultés au niveau

Visuel : Oui  Non  Auditif : Oui  Non

Moteur : Oui  Non  Linguistique : Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des allergies? Oui  Non

Si oui, à quoi? \_\_\_\_\_

Réaction mineure

Symptômes (précisez) \_\_\_\_\_

Traitement (précisez) \_\_\_\_\_

Garder l'enfant sous surveillance  Contacter les parents  Retourner l'enfant à la maison

Réaction sévère

Symptômes (précisez) \_\_\_\_\_

Traitement (précisez) \_\_\_\_\_

L'enfant porte son médicament sur lui  L'entraîneur porte le médicament

Prénom et nom: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

**N.B. Le parent/ tuteur est responsable de transmettre toutes nouvelles informations médicales entre la date de remplissage de la fiche médicale et celle du début du camp de jour.**

<sup>3</sup> Le personnel du camp n'est pas autorisé à administrer un médicament, qu'il soit prescrit ou non. Si l'enfant ne peut prendre son médicament de façon autonome, il devra le prendre en dehors des heures du camp de jour.