



FICHE DE SANTÉ 2020

Identification

Nom et prénom de l'enfant : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Numéro d'assurance maladie : _____

Personnes à joindre en cas d'urgence

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____

Nom et prénom : _____ Lien avec l'enfant : _____

Tél. maison : _____ Tél. travail : _____

Autorisation lors du départ de l'enfant

Autorisé à quitter seul.

N'est pas autorisé à quitter seul.

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant (inscrire le nom du père et de la mère si c'est le cas)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

IMPORTANT : Aviser les animateurs de tout changement.

Données médicales

Votre enfant présente-t-il un des troubles suivants?

Trouble du langage (dysphasie)

Trouble déficitaire d'attention avec ou sans hyperactivité

Trouble d'opposition

Trouble envahissant du développement

Autres, précisez : _____

Votre enfant souffre-t-il d'allergie : Oui

Non

Si oui lequel (lesquels) : _____

VOTRE ENFANT POSSÈDE-T-IL UN SYSTÈME D'INJECTION D'ADRÉNALINE EN CAS D'URGENCE (épipen, ana-kit ou autre)? oui non

Autorisation médicale

J'autorise la municipalité de Bégin et la CAIR à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp de jour à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.

Date : _____

Signature (père, mère ou tuteur) : _____

Autorisation images et propos

J'autorise la municipalité de Bégin à photographier, filmer et enregistrer les propos de mon enfant dans le cadre des activités du camp. Ces extraits sonores et ces images pourraient être utilisés pour la promotion du camp de jour.

Date : _____

Signature (père, mère ou tuteur) : _____