



FICHE D'INFORMATIONS

S.V.P. remplir une feuille par enfant

RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom :		Prénom :	
Niveau scolaire (juin 2018) :		N° assurance maladie :	
Ami(s) avec qui le jumeler (même année scolaire)* :	1-	2-	

* Si les enfants ne sont pas en même année scolaire, c'est l'enfant le plus âgé qui ira dans le groupe du plus jeune et **non l'inverse.**

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE OU AUTORISÉES À VENIR LE CHERCHER

Personne à joindre en cas d'urgence : Les 2 parents/tuteurs Mère Père

Nom mère :		Cell :	Trav. :	#
Nom père :		Cell :	Trav. :	#
Nom tuteur :		Cell :	Trav. :	#

Nommez 2 personnes autorisées à venir le chercher autre que les parents :

Nom et prénom :		Nom et prénom :	
Lien avec l'enfant :		Lien avec l'enfant :	
Cell ou autre tél :		Cell ou autre tél :	

PERSONNE INTERDITE DE CONTACT AVEC L'ENFANT (une preuve est exigée)

Nom :		Lien avec l'enfant :	
-------	--	----------------------	--

SERVICE DE GARDE (cochez les cases appropriées)

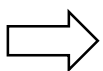
Votre enfant fréquentera le service de garde : MATIN OUI NON SOIR : OUI NON

Si NON, lorsque le camp de jour se termine à 16h00 :

<input type="checkbox"/>	Mon enfant quitte le camp de jour seul à pied ou en vélo
<input type="checkbox"/>	Mon enfant quitte à 16h00 avec une personne autorisée à venir le chercher
<input type="checkbox"/>	Mon enfant est inscrit au service de garde en fin de journée

PISCINE (cochez la couleur du bracelet appropriée)

ROUGE	<input type="checkbox"/>	Mon enfant doit porter une veste de flottaison (VFI) en tout temps
ROSE	<input type="checkbox"/>	Mon enfant doit demeurer dans la partie pataugeoire de la piscine en tout temps
JAUNE	<input type="checkbox"/>	Mon enfant doit demeurer dans la partie peu profonde de la piscine en tout temps
VERT	<input type="checkbox"/>	Mon enfant doit porter en tout temps une aide flottante. Vous devez la fournir
BLEU	<input type="checkbox"/>	Mon enfant peut participer à l'activité sans restriction



Signature du parent / tuteur


Date

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT ET ALLERGIES

1) Souffre-t-il des maux suivants ?		2) A-t-il des allergies ?	
Asthme	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Fièvre des foins	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Diabète	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Herbe à puce	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Épilepsie	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Migraines	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Animaux*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		Médicaments*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		Allergies alimentaires*	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Autres, précisez :		*Précisez :	
3) 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

À SIGNER SI VOTRE ENFANT À UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste, à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à mon enfant.

 _____

Signature du parent/tuteur _____
Date

MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments ? OUI NON

Si OUI, nom du médicament : _____ Posologie : _____

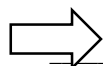
Prise du médicament : À la maison Au camp de jour (**OBLIGATOIRE de remplir une feuille d'autorisation**)

MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. Le médicament doit être **FOURNI PAR LE PARENT/TUTEUR**.

Cochez 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/tuteur

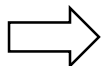
Date

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.

ENGAGEMENT ET AUTORISATION DES PARENTS

INITIALES

- _____ • Étant donné que le Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste prendra des **photos et 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 récréatif Saint-Jean- Baptiste. OUI NON
- _____ • 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.
- _____ • En signant la présente, j'autorise le Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste à **prodiguer les premiers soins** à mon enfant. Si la direction du Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste 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 récréatif Saint-Jean-Baptiste et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- _____ • Je reconnais que le Centre communautaire récréatif Saint-Jean-Baptiste n'est **pas responsable des bris et/ou des vols**.



Signature du parent / tuteur

Date

CODE DE VIE

L'équipe d'animation sera soutenue par une intervenante qui pourra les outiller pour mieux répondre aux comportements de l'enfant, au besoin. Selon les besoins des outils seront mis en place. Au besoin, nous mesures suivantes seront appliquées :

- **1^{er} avertissement** : Discussion verbale avec l'enfant et information aux parents par un membre de l'équipe de gestion
- **2^e avertissement** : Rencontre de l'enfant et avis écrit au parent par un ou des membres de l'équipe de gestion
- **3^e avertissement** : Rencontre avec le parent et un ou des membres de l'équipe de gestion pour établir une entente mutuelle.
- **4^e avertissement** : L'enfant peut être suspendu de manière temporaire ou définitive du camp de jour sans aucun remboursement.



Signature du parent/tuteur

Date