



# Fiche santé Camp de jour 2020

Nom de l'enfant : ..... Numéro de téléphone : .....

MÉDICATION	
Prise de médicaments à la maison seulement	Médication à prendre au CCRSJB
Précisez :	
Si votre enfant doit prendre des médicaments au CCRSJB, <u>vous devez remplir le formulaire d'autorisation.</u>	
J'autorise le personnel du CCRSJB à administrer les médicaments de mon enfant OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Votre enfant a-t-il à sa disposition un Epipen en raison de ses allergies ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
J'autorise les personnes désignées par le CCRSJB à administrer, en cas d'urgence, la dose contenue dans l'Epipen à mon enfant.	
Initiales : .....	

SANTÉ	
Allergies	Conditions particulières
Fièvre des foins	Asthme
Herbe à puce	Migraines
Insectes *	Trouble cardiaque
Animaux*	Diabète
Médicaments*	Épilepsie
Allergies alimentaires*	Port d'orthèses*
Autre *	Autre *
*Précisez :	

INTERVENTION MÉDICALE			
	Oui	Non	Précisez
A déjà subi une intervention chirurgicale ?			Raison : Date :
A déjà subi une blessure grave ?			Décrire : Date :
A une maladie chronique ou récurrente ?			Décrire :
Autre(s)			Précisez :

AUTRES INFORMATIONS					
A-t-il eu les maladies suivantes ?	Oui	Non	A-t-il eu les vaccins suivants ?	Oui	Non
Varicelle			Tétanos		
Oreillons			Rougeole		
Scarlatine			Rubéole		
Rougeole			Oreillons		
Autre(s) :			Autre(s) :		



# Fiche santé Camp de jour 2020

COMPORTEMENT			
	Oui	Non	Faites une courte description
Trouble du comportement			
Violence			
Opposition			
Impulsivité			
Déficit d'attention			
Timidité			
Anxiété			
Peur/phobie importante			
Difficulté à gérer les situations imprévues			
Difficulté à déroger de ses routines			
Inconfort tactile			
Difficulté à gérer ses émotions			
Difficulté avec les transitions			
Autre :			
Intervention(s) à privilégier / à éviter :			

SUIVI					
	Oui	Non		Oui	Non
T.E.S école			Centre jeunesse		
CLSC			Travailleur social		
Autre :					
Afin de nous aider à offrir à votre enfant une expérience agréable et adéquate à ses besoins, le CCRSJB vous demande le consentement pour procéder à un échange d'informations avec l'établissement scolaire de votre enfant. J'autorise les responsables du camp de jour à communiquer avec l'intervenant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom : ..... Téléphone : ..... # .....					
Nom : ..... Téléphone : ..... # .....					

INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE
Y a-t-il un ou des renseignements importants que nous devons savoir et qui nous aideraient à accompagner votre enfant ? (ex. : séparation récente, décès, perte de son animal de compagnie, Activités auxquelles votre enfant ne peut participer ou seulement moyennant certaines conditions etc.)

Je confirme avoir donné toutes les informations concernant mon enfant.

.....  
Nom et prénom du parent /tuteur

.....  
Signature du parent / tuteur

.....  
Date

# QUESTIONNAIRE ÉVALUATION DES HABILITÉS AQUATIQUES



À COMPLÉTER PAR LE PARENT ET À RETOURNER AU RESPONSABLE

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_

Comme parent, vous avez la responsabilité de cocher **obligatoirement** la ou les cases appropriées. Prenez note que la consigne sera appliquée dans toutes les piscines, et plage, de Drummondville.



## BRACELET ROUGE

Mon enfant doit porter une Veste de Flottaison Individuelle (VFI) en tout temps. S'il doit porter un V.F.I., s.v.p. cochez la case correspondant au poids de votre enfant

9-14 kg (20-30 lbs)     14-27 kg (30-60 lbs)     27-41 kg (60-90 lbs)     41 kg et +

## BRACELET ROSE

Mon enfant doit demeurer dans la partie plage\* et/ou pataugeoire\* de la piscine en tout temps  
\*Toutefois, s'il n'y a pas de partie plage ou pataugeoire, mon enfant aura accès uniquement aux jeux d'eau si les installations le permettent.

## BRACELET JAUNE

Mon enfant doit demeurer dans la partie peu profonde<sup>1</sup> de la piscine en tout temps

## BRACELET VERT

Mon enfant doit porter en tout temps \_\_\_\_\_ (aide flottante<sup>2</sup>) qu'il apportera avec lui à la piscine.

## BRACELET BLEU ou NOIR\*

Mon enfant peut participer à l'activité sans restriction.  
C'est-à-dire que mon enfant doit correspondre aux critères suivants :

- il a réussi le cours : « Croix-Rouge natation junior 3 »
- ou
- il est capable de nager sans arrêt, sans aide flottante, sur une distance de 15 mètres (50')
- il est capable de mettre sa tête sous l'eau
- il est capable de sauter seul à partir du bord de la piscine
- il est capable de se maintenir à la surface de l'eau, sans aide flottante, pendant 30 secondes.

\*le bracelet noir indique que l'enfant a réussi l'épreuve « Nager pour survivre »

Commentaires que vous aimeriez que le surveillant-sauveteur sache au sujet de votre enfant :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOM DU PARENT : \_\_\_\_\_ SIGNATURE DU PARENT : \_\_\_\_\_  
LETTRES MOULÉES

TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La partie peu profonde est délimitée par un câble (bleu/blanc) et est d'une profondeur de 0.9 m à 1.3 mètre. La zone profonde débute à 1,4 mètre (4,5').

<sup>2</sup> La ceinture hippopotames, ailes de nageurs (flottours), ballon dorsal, et toute autre aide flottante sont permis lors de la baignade.

Toutefois, le surveillant-sauveteur peut refuser une aide flottante jugée non sécuritaire et obliger votre enfant à mettre un VFI.