

**SERVICE DES LOISIRS DE SAINT-GERMAIN**  
**FICHE DE SANTÉ**  
**CAMP DE JOUR ÉTÉ 2018**

Nom, prénom de l'enfant \*: \_\_\_\_\_  
\*En lettre carrées SVP.  
Numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_  
Date d'exp. : \_\_\_\_\_  
Âge au 30 juin 2018 : \_\_\_\_\_ Degré scolaire complété : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_

Photo

**Contacts en cas d'urgence**

**PARENTS**

Nom, Prénom de la mère : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_  
Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ Tél.(bur.) : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_  
Nom, Prénom du père : \_\_\_\_\_ NAS : \_\_\_\_\_  
Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ Tél.(bur.) : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

**AUTRES CONTACTS**

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_  
Tél.(rés.) : \_\_\_\_\_ Tél.(bur.) : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

**Information santé**

**Cochez s'il y a lieu**

1-Est-ce que votre enfant a l'un des problèmes de santé suivants ?

Allergies	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
A-t-il un Épipen	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Asthme	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Blessures	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Handicap	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sensoriel <input type="checkbox"/>	Physique <input type="checkbox"/>	Intellectuel <input type="checkbox"/>
Intolérance alimentaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres <input type="checkbox"/>		Décrivez _____

Si oui, décrivez

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

2-Votre enfant a-t-il des troubles de développement ou du comportement? Oui  Non

Si oui, lesquels?(Prend-il de la médication pour cela?)

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

**Médicaments**

**Le Service des loisirs de St-Germain ne fournit aucun médicament. Le parent doit fournir tout médicament nécessaire à l'enfant, identifié à son nom. Tout médicament doit être accompagné de la prescription et de la date d'expiration.**

Autorisez-vous le Service des loisirs à administrer des médicaments à votre enfant? Oui  Non

**Si oui, veuillez remplir le formulaire d'autorisation d'administration d'un médicament.**

VERSO à compléter...

## Sécurité aquatique

Nage seul

\*\* Nage avec une veste de flottaison, ballon ou flotteurs

Les enfants inscrits au Camp de jour devront apporter leur matériel aquatique (ballon/flotteurs/veste) pour les sorties où il y aura de la baignade.

**\*\*Notez qu'en cochant cette case, votre enfant aura l'obligation de le mettre en tout temps son équipement de flottaison.**

## Goûts et traits de caractère

Décrivez les principaux goûts et traits de caractère de votre enfant

## Autorisation lors du départ de l'enfant

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

1) \_\_\_\_\_ Mère 3) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Père 4) \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul le camp de jour ? Oui  Heure de départ : \_\_\_\_\_ Non

## Autorisations

J'autorise la prise de photo pour mon enfant.

Oui

Non

J'autorise mon enfant à monter dans la voiture du moniteur/ monitrice en cas d'urgence seulement.

Oui

Non

J'autorise les animateurs du camp de jour à assister mon enfant lors de l'application de crème solaire.

Oui

Non

J'autorise mon enfant à utiliser la crème solaire du camp de jour. (Marque à déterminer)

Oui

Non

## Chandail du camp de jour

Veuillez indiquer la grandeur désirée pour le chandail du camp de jour.

Petit

Très grand

Moyen

Petit adulte

Grand

## Départ et arrivée au service de garde

Pour les enfants qui fréquentent le service de garde le matin et/ou le soir, indiquer l'heure **approximative** d'arrivée et de départ.

Heure d'arrivée : \_\_\_\_\_

Heure de départ : \_\_\_\_\_

## Signature

**Nom complet et signature de la personne responsable qui a inscrit l'enfant.** (Doit être titulaire de l'enfant.)

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont complets et véridiques. Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'aviser le camp de jour en cas de changement.

Nom\* : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

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

Courriel : \_\_\_\_\_