

FICHE SANTÉ

Été 2026

Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription accompagné du paiement.

S.V.P. compléter une fiche par enfant.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M ☐ F ☐ AUTRE ☐
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	Année / mois / jour
Code postal :		Téléphone :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PARENT 1 :	Prénom et nom du PARENT 2 :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Poste :	Poste :
Cellulaire ou autre numéro :	Cellulaire ou autre numéro :
Adresse courriel :	Adresse courriel :

3. EN CAS D'URGENCE

Parent/tuteur à joindre en cas d'URGENCE :	
Parent 1 et Parent 2 ☐	Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Tuteur(s) ☐
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE : (Ne doit pas être les parents)	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. ALLERGIES

A-t-il des allergies?		Précisez la sévérité :	*Précisez : (type de réaction et traitement)
Fièvre des foins	Oui ☐ Non ☐	☐ Intolérance ☐ Allergie légère ☐ Allergie sévère ☐ Allergie mortelle ☐ Allergie si ingestion seulement ☐ Allergie au contact	
Herbe à puce	Oui ☐ Non ☐		
Piqûres d'insectes*	Oui ☐ Non ☐		
Animaux*	Oui ☐ Non ☐		
Médicaments*	Oui ☐ Non ☐		
Allergies alimentaires*	Oui ☐ Non ☐		

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies? Oui ☐ Non ☐
 Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour Lefebvre à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

 Signature du parent

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LEFEBVRE

5. PORTRAIT DE L'ENFANT

Si vous répondez oui ou cochez au minimum une case, vous devez obligatoirement compléter la « fiche d'évaluation des besoins de l'enfant » qui est disponible sur le site internet de la municipalité ainsi qu'au bureau municipal.

SITUATION SCOLAIRE (classe adaptée, classe régulière...) S'IL NE FRÉQUENTE PAS UNE CLASSE RÉGULIÈRE, QUEL EST LE RATIO D'ENCADREMENT DE SA CLASSE? (Intervenant(s) / enfants)	
NOM DE SON ÉCOLE	
ADAPTATION DE L'ÉCOLE (plan intervention)	SI OUI, PRÉCISEZ :
VOTRE ENFANT A-T-IL UN SUIVI PARTICULIER PENDANT L'ANNÉE? (Médecin spécialiste, CLSC, ergothérapeute, technicien en éducation spécialisée, psychoéducateur, travailleur social, etc.)?	SI OUI, PRÉCISEZ :
VOTRE ENFANT A-T-IL BESOIN D'UN ACCOMPAGNATEUR AU CAMP ? SI OUI, QUEL SERAIT LE RATIO D'ENCADREMENT ?	SI OUI, PRÉCISEZ : ☐ 1/1 ☐ 1/2 ☐ 1/3
SITUATION MÉDICALE PARTICULIÈRE À CONSIDÉRER (DIABÉTIQUE, ÉPILEPSIE, ASTHME, ETC.)	
VOTRE ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU DES BLESSURES GRAVES QUI POURRAIENT OCCASIONNER DES DIFFICULTÉS À RÉALISER CERTAINES ACTIVITÉS?	SI OUI, PRÉCISEZ :
ÉQUIPEMENT PERSONNEL (Lunette, orthèse, prothèse, chaise roulante, appareils auditifs, etc.)	
Y A-T-IL DES ACTIVITÉS QUE VOTRE ENFANT NE PEUT PARTICIPER OU SEULEMENT MOYENNANT CERTAINES CONDITIONS?	SI OUI, PRÉCISEZ :
ÉLÉMENTS À SURVEILLER AU NIVEAU DU COMPORTEMENT	☐ Agressivité ☐ Anxiété ☐ Automutilation ☐ Situation de désorganisation (crise) ☐ Conscience du danger ☐ Fugues ☐ Manie ou habitudes particulières ☐ Phobies ☐ Adaptation aux changements ☐ Opposition à l'autorité ☐ Relations sociales difficiles ou maladroites ☐ Participation difficile aux activités ☐ Isolement

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LEFEBVRE

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER AU NIVEAU DE LA COMMUNICATION	☐ Expression des sentiments/ressentis ☐ Difficultés à s'exprimer ☐ Difficultés à comprendre ☐ Surdité partielle ou complète ☐ Capacité visuelle réduite
ÉLÉMENTS � CONSIDÉRER AU NIVEAU DE LA MOBILITÉ	☐ Motricité fine ☐ Motricité globale ☐ Déplacements avec un équipement spécialisé ☐ Aide aux transferts
ÉLÉMENTS � CONSIDÉRER AU NIVEAU DE L'AUTONOMIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE	☐ Aide à l'habillement ☐ Aide à la propreté / Utilisation des toilettes ☐ Aide à l'alimentation ☐ Aide à la gestion de son matériel

6. Habileté aquatique

Votre enfant a-t-il besoin d'un VFI (veste de flottaison individuelle) lorsqu'il nage?

Oui ☐ Non ☐

8. MÉDICAMENTS (même si le médicament est pris à la maison)

Votre enfant prend-il des médicaments?	Oui ☐ Non ☐	
Si oui, noms des médicaments :	Posologie :	Fréquence :
Les prend-il lui-même? Oui ☐ Non ☐	Préciser :	

Si votre enfant doit prendre un/des médicament(s) au camp de jour, vous devrez remplir le formulaire « Autorisation de distribution de médicament par le personnel » afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

9. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Camp de jour de la municipalité de Lefebvre à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre que j'aurai préalablement fourni.

Cocher les médicaments :

- ☐ Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- ☐ Antiémétique (Gravol)
- ☐ Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- ☐ Anti-inflammatoire (Advil, Ibuproph ne)

- ☐ Sirop contre la toux
- ☐ Antibiotique en crème (Polysporin)
- ☐ Autre, préciser : _____

Signature du parent: _____ Date : _____

Prendre note que le camp de jour ne fournira aucun médicament. Vous devez absolument les fournir et les remettre à l'animateur du service de garde ou à l'animateur responsable de votre enfant. Aucun enfant ne sera autorisé à avoir de la médication en sa possession, à l'exception de son  pipen.

CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE LEFEBVRE

10. AUTORISATION DES PARENTS

- J'autorise le Camp de jour Lefebvre à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour Lefebvre le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance dans un établissement hospitalier. Les frais me seront alors facturés.

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 coordination du camp de jour, via le document « procédure de mise à jour des informations médicales », et cette dernière fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

Oui ☐ Non ☐

- J'ai conscience que si mon enfant fait une fugue à l'extérieur du périmètre du camp de jour et ce, pour des mesures de sécurité, le camp sera dans l'obligation d'appeler la police et que les frais reliés me seront facturés.

Oui ☐ Non ☐

Nom et prénom du parent/tuteur

Date

Signature du parent/tuteur

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Seules les informations nécessaires seront transmises à l'équipe d'animation et aux paramédics, si besoin, afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Dans ce document, l'utilisation du genre masculin a été adopté dans le seul but d'alléger le texte et de faciliter sa lecture. Nous n'avons aucune intention discriminatoire.