



CAMP DE JOUR DE LA MUNICIPALITÉ DE RIPON -- FICHE SANTÉ 2024 --

*Une fiche santé doit obligatoirement être remplie pour chaque enfant inscrit.

**L'inscription sera officielle sur réception du présent formulaire, du formulaire d'inscription, du paiement et, s'il y a lieu, de la preuve de résidence. Tous les documents devront être dûment complétés et signés.

1. ENFANT :

ENFANT			
Prénom		Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nom de famille		Date de naissance	(JJ/MM/AAAA)
Adresse		Âge au 25 juin 2024	ans
Ville		Première expérience de camp?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Code postal			

2. PARENTS / TUTEURS :

*L'inscription des deux (2) parents / tuteurs est obligatoire

PARENT / TUTEUR #1			
Prénom		Téléphone (Bureau)	
Nom de famille		Téléphone (Cellulaire)	

PARENT / TUTEUR #2			
Prénom		Téléphone (Bureau)	
Nom de famille		Téléphone (Cellulaire)	

3. CONTACTS D'URGENCE (AUTRE QUE PARENTS / TUTEURS) :

*Les contacts d'urgence doivent obligatoirement être différents que les parents / tuteurs

CONTACT D'URGENCE #1			
Prénom		Lien avec l'enfant	
Nom de famille		Téléphone (Maison)	
Adresse		Téléphone (Bureau)	
Ville		Téléphone (Cellulaire)	
Code postal		Courriel	

CONTACT D'URGENCE #2			
Prénom		Lien avec l'enfant	
Nom de famille		Téléphone (Maison)	
Adresse		Téléphone (Bureau)	
Ville		Téléphone (Cellulaire)	
Code postal		Courriel	

4. PRIORITÉ EN CAS D'URGENCE :

Priorité des personnes à joindre en cas d'urgence : (Ordre de 1 à 4, le numéro 1 étant la personne à contacter en priorité)	
PARENT / TUTEUR #1	
PARENT / TUTEUR #2	
CONTACT D'URGENCE #1	
CONTACT D'URGENCE #2	

5. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

Est-ce que votre enfant souffre d'asthme?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Est-ce que votre enfant souffre d'une(de) maladie(s) chroniques(s) ou récurrente(s)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, laquelle (lesquelles) :	

6. MÉDICAMENTS SOUS PRESCRIPTION D'UN PROFESSIONNEL :

Est-ce que votre enfant prend un(des) médicament(s) sous prescription d'un professionnel?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lequel(lesquels) avec la(les) posologie(s) :	
Est-ce que votre enfant est autonome à prendre son(ses) médicament(s) seul?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> n/a <input type="checkbox"/>
Si non, y a-t-il des précision(s) importante(s) :	
Dans le cas où mon enfant doit prendre un(des) médicament(s) et qu'il n'est pas autonome à le(s) prendre seul, par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la Municipalité de Ripon à administrer ledit(lesdits) médicament(s) à mon enfant en respectant l'information ci-haut mentionnée.	Initiales : _____

7. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE :

Je m'engage à collaborer en informant les moniteurs/monitrices du Camp de jour de la Municipalité de Ripon lorsque que mon enfant prend des médicaments en vente libre.	Initiales : _____
---	----------------------

Dans le cas ci-haut mentionné, je m'engage à collaborer en donnant lesdits médicaments en vente libre aux moniteurs/monitrices du Camp de jour de la Municipalité de Ripon afin que ces derniers puissent les placer dans un endroit sécuritaire, sous clef. L'enfant ne peut en aucun cas conserver les médicaments dans son sac ou sur lui.	Initiales : _____
J'autorise le personnel du Camp de jour de la Municipalité de Ripon à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre <u>que je fournis</u> . Je comprends que la Municipalité de Ripon ne fournira en aucun cas des médicaments en vente libre à mon enfant ou à tout autre enfant inscrit.	Initiales : _____

8. ALLERGIES :

Est-ce que votre enfant souffre d'une(d') allergie(s)?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Rhume des foins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Piqures d'insectes	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
*Si oui, lequel/laquelle(lesquels/lesquelles) :	
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit, etc.) en raison de ses allergies?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la Municipalité de Ripon à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.	Initiales : _____

9. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES :

*Les questions qui suivent nous aideront à mieux intervenir auprès de votre enfant.

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Votre enfant mange-t-il normalement?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si non, décrire :	
Votre enfant porte-t-il des prothèses?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	
Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :	

10. ÉTAT DE SANTÉ ET PREMIERS SOINS :

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 le(la) moniteur/monitrice de mon enfant.	Initiales : _____
J'autorise le Camp de jour de la Municipalité de Ripon à prodiguer les premiers soins à mon enfant.	Initiales : _____
Si la direction du Camp de jour de la Municipalité de Ripon le juge nécessaire, je l'autorise à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire et de payer tous les frais afférents, s'il y a.	Initiales : _____

11. ACCEPTATION ET SIGNATURE :

*Par la signature ci-dessous du présent formulaire, le parent / tuteur certifie avoir pris connaissance des informations et s'engage à se conformer aux conditions mentionnées

**Par la signature ci-dessous du présent formulaire, le parent / tuteur déclare que tous les renseignements fournis sont exacts

***Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son(sa) moniteur/monitrice et à la direction du Camp de jour afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Nom du parent / tuteur signataire (en lettres moulées)

Signature du parent / tuteur

Date de la signature (jj/mm/aaaa)

POUR LES INSCRIPTIONS EFFECTUÉES PAR COURRIEL, VOUS ÊTES PRIÉS DE FAIRE PARVENIR VOS DOCUMENTS À L'ADRESSE SUIVANTE : loisirs@ripon.ca

**POUR TOUTES AUTRES QUESTIONS RELATIVES AU CAMP DE JOUR DE RIPON,
VEUILLEZ VOUS ADRESSER À :**

**MADAME SYLVIE HACHEY
COORDONNATRICE DES SPORTS ET LOISIRS
MUNICIPALITÉ DE RIPON
31, RUE COURSOL, BUREAU 101, RIPON (QUÉBEC) J0V 1V0
COURRIEL : loisirs@ripon.ca
TÉLÉPHONE : 819 983-2000 POSTE 2710
TÉLÉCOPIEUR : 819 983-1327**