

# CAMP DE JOUR DE BAIE-DES-SABLES – ÉTÉ 2024



## FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET FICHE DE SANTÉ

### 1. Renseignements généraux sur l'enfant

Nom de l'enfant :	Sexe :
Prénom de l'enfant :	Âge :
Adresse :	Date de naissance :
	Numéro d'assurance maladie :
Code postal :	Téléphone :

### 2. Répondant(s) de l'enfant

Prénom et nom du parent :	Prénom et nom du parent :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Cellulaire et autre numéro :	Cellulaire et autre numéro :

### 3. En cas d'urgence

Personne à joindre en cas D'URGENCE :      Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	
Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone :	Téléphone :
Cellulaire et autre numéro :	Cellulaire et autre numéro :

### 4. Activités

Est-ce que votre enfant participe aux activités aquatiques? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser : Il sait nager <input type="checkbox"/> Il ne sait pas nager et a besoin de flotteurs <input type="checkbox"/>
J'autorise le camp de jour à effectuer des sorties ponctuelles telles que : promenades au parc, baignade, etc. Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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, précisez :

### 5. Antécédents médicaux et psychosociaux

Votre enfant souffre-t-il d'un problème de santé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser :
Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale qui peut affecter ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez préciser :

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Veuillez préciser :	
Veuillez indiquer si une des situations suivantes s'applique à votre enfant :	
<input type="checkbox"/> Mon enfant a un trouble du langage	<input type="checkbox"/> Mon enfant a de la difficulté avec l'autorité (trouble d'opposition, impulsivité, agressivité, crise, colérique, etc.)
<input type="checkbox"/> Mon enfant a reçu un diagnostic du TDA/H, TED, trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, etc.	<input type="checkbox"/> Mon enfant est accompagné par un intervenant durant l'année scolaire ou en dehors de l'école (CISSS, etc.)
<input type="checkbox"/> Mon enfant a des rigidités, phobies, manies, besoins particuliers	<input type="checkbox"/> Mon enfant souffre d'anxiété
<input type="checkbox"/> Autres, veuillez préciser :	

## 6. Médicaments

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Votre enfant devra-t-il prendre des médicaments au camp de jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, précisez les noms des médicaments et la posologie :	
Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, autorisez-vous les personnes désignées par le CAMP DE JOUR DE BAIE-DES-SABLES à administrer les médicaments à votre enfant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EPIPEN, ANA-KIT) en raison de ses allergies? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autorisez-vous les personnes désignées par le CAMP DE JOUR DE BAIE-DES-SABLES à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à votre enfant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
---	--

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son moniteur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

## 7. Autorisation des parents

- Étant donné que le camp de jour de Baie-des-Sables prendra des photos 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.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période de camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec le moniteur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de Baie-des-Sables à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je libère le camp de jour de Baie-des-Sables et son personnel de toute poursuite pour un montant supérieur à celui de l'assurance responsabilité publique advenant que mon enfant soit victime d'un accident lorsque ce dernier est sous la protection du camp de jour.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- Je m'engage à payer les frais d'inscription de 160\$ par enfant pour la saison.

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent/tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance sociale du parent pour reçus fiscaux