

FICHE SANTÉ ET CONSENTEMENT PARENTAL

**Vous devez nous retourner la fiche santé remplie et signée avant le 10 juin 2024.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
Code postal :		Téléphone :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

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

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Parent 1 et Parent 2 <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <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 (résidence) :	Téléphone (résidence) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. CONDITIONS ET ALLERGIES

Souffre-t-il des maux suivants?		A-t-il des allergies?	
Asthme	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fièvre des foies	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Diabète	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqûres d'insectes*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Animaux*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Autres, préciser :		Médicaments*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		Allergies alimentaires*	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
		*Préciser :	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (EpiPen) en raison de ses allergies?

Oui Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le Camp de jour de la Ville de Sainte-Catherine à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

5. MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?

Oui Non

Si oui, préciser :

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QU'AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ À VOTRE ENFANT.

6. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

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

Oui Non

Préciser :

Votre enfant a-t-il un suivi particulier pendant l'année (médecin spécialiste, CLSC, CIUSS, technicien(ne) en éducation spécialisée, psychoéducateur(trice), travailleur(se) social(e), etc.)?

Oui Non

Si oui, préciser :

Votre enfant mange-t-il normalement?

Oui Non

Si non, décrire :

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions?

Oui Non

Si oui, décrire :

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers qui nécessitent une attention spécifique, y compris les troubles de l'attention ou de comportement :

Oui Non

Si oui, expliquer :

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à l'équipe de coordonnateurs du camp de jour et à son animateur afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

7. AUTORISATIONS/CONSETEMENTS DES PARENTS

- Je consens à ce que la Ville de Sainte-Catherine puisse traiter les renseignements personnels de mon enfant mineur, âgé de moins de 14 ans, aux fins de sa participation au camp de jour estival 2024 (collecte obligatoire dans le cadre de l'inscription).
 - OUI
 - NON
- Je consens à ce que la Ville de Sainte-Catherine communique les renseignements personnels de mon enfant mineur, âgé de moins de 14 ans, à Groupe Domisa inc. via *La Zone Youhou* (ci-après le « **Fournisseur de services** ») pour le camp de jour estival 2024. (communication obligatoire dans le cadre de l'inscription).
 - OUI
 - NON
- Je consens à ce que la Ville de Sainte-Catherine et son Fournisseur de services prennent des photos et/ou des vidéos de mon enfant dans le cadre des activités du camp de jour et je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété de la Ville de Sainte-Catherine et du Fournisseur de services.
 - OUI
 - NON
- J'autorise la Ville de Sainte-Catherine et son Fournisseur de services à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Je les autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire, si son état de santé le requiert.
 - OUI
 - NON

8. ENGAGEMENTS DES PARENTS

- Je m'engage à transmettre à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant, toute modification à l'état de santé de mon enfant qui ne serait pas déclaré au présent formulaire.
- Je m'engage à collaborer avec la Ville de Sainte-Catherine et son Fournisseur de services si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

9. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

- Pour toute demande en lien avec le droit d'accès aux renseignements personnels qui concerne mon enfant mineur âgé de moins de 14 ans détenus par la Ville de Sainte-Catherine, le droit de rectification afin de corriger tout renseignement personnel erroné ou le droit de retrait du consentement à la collecte, l'utilisation, la conservation ou la communication des renseignements personnels de mon enfant mineur âgé de moins de 14 ans, veuillez-vous adresser au Responsable de la protection des renseignements personnels de la Ville de Sainte-Catherine par courriel à rprp@vdsc.ca.

- Veuillez noter que ce formulaire sera priorisé face aux autres documents complétés lors de l'inscription. Il serait donc apprécié de vous assurer de l'uniformité des renseignements inscrits aux différents formulaires.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date