



Municipalité d'Amherst

Autorisation pour transport en ambulance (ou autre) et soins d'urgence pour : _____
Nom enfant

J'autorise la Municipalité d'Amherst (moniteurs et/ou coordonnateur) à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence pour les soins et le transport en ambulance (ou autre) de mon enfant.

Signature du parent

Date



Municipalité d'Amherst

Autorisation de sortie quotidienne pour : _____
Nom enfant

J'autorise la Municipalité d'Amherst (moniteurs et/ou coordonnateur) à sortir avec mon enfant pour des activités extérieures quotidiennes (promenade à pied, maison des jeunes, chalet des loisirs, etc.)

Signature du parent

Date



Municipalité d'Amherst

Autorisation de prise de photo pour : _____
Nom enfant

J'autorise la Municipalité d'Amherst (moniteurs et/ou coordonnateur) à prendre des photographies de mon enfant dans le cadre du camp de jour. Ces photos pourraient être remises à des journaux locaux, publiées sur le site internet de la municipalité, sur la page Facebook des Loisirs de St-Rémi ou à d'autres parents.

Signature du parent

Date

FICHE SANTÉ

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Âge lors du séjour :	
Adresse :		Date de naissance :	
		(jj/mm/aaaa)	
Code postal :		N° d'assurance-maladie (enfant) :	
Téléphone :		Date d'expiration :	
		(jj/mm/aaaa)	
Nom du médecin traitant :		Clinique ou hôpital :	

2. RÉPONDANT(S) DE L'ENFANT

Prénom et nom du PÈRE :		Prénom et nom de la MÈRE :	
Téléphone (travail) :		Téléphone (travail) :	
Poste :		Poste :	
Cellulaire ou autre :		Cellulaire ou autre :	

3. EN CAS D'URGENCE

Personne à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et/ou 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 (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

4. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
Date :		Date :	
Décrire :		Décrire :	
Souffre-t-il des maux suivants?			
Asthme	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"/>		
Migraines	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Autres, préciser :			

5. ALLERGIES

A-t-il des allergies?

Fièvre des foins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Herbe à puce	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Piqûres 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"/>
*Préciser :		

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

Oui Non

Si oui, veuillez nous remettre **une photo de votre enfant**

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 municipalité d'Amherst à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES

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

Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Doit-il avoir un gilet de flottaison ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Préciser :		
Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement?	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, expliquer :		

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement aux animateurs/coordonnateurs et au responsable du camp de jour de la municipalité d'Amherst afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

9. AUTORISATION DES PARENTS

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 l'animateur de mon enfant.

- En signant la présente, j'autorise le Camp de jour de la municipalité d'Amherst à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de la municipalité d'Amherst le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du Camp de jour de la municipalité d'Amherst et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date : _____