



# Fiche de santé et de renseignements

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du participant \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Expiration \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Âge 5-7 ans :                      Lundi     Mardi     Mercredi     Jeudi     Vendredi     Sem. compl.

Âge 8-12 ans :                    Lundi     Mardi     Mercredi     Jeudi     Vendredi     Sem. compl.

Service de garde :                Lundi     Mardi     Mercredi     Jeudi     Vendredi     Sem. compl.

### Nom, prénom des parents

Mère \_\_\_\_\_

Tél. maison \_\_\_\_\_

Tél. bureau \_\_\_\_\_

Père \_\_\_\_\_

Tél. maison \_\_\_\_\_

Tél. bureau \_\_\_\_\_

### Personnes à rejoindre en cas d'urgence, autres que les parents

Nom \_\_\_\_\_

Lien \_\_\_\_\_

Tél. maison \_\_\_\_\_

Tél. bureau \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Lien \_\_\_\_\_

Tél. maison \_\_\_\_\_

Tél. bureau \_\_\_\_\_

### Votre enfant souffre-t-il :

d'asthme     d'épilepsie     de diabète  ? Autres \_\_\_\_\_

Traitement particulier \_\_\_\_\_

## ALLERGIES

Oui     Non     Précisez \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) pour ses allergies?

Oui     Non     Si oui, qui est autorisé à conserver et administrer et selon quelle posologie?

L'enfant lui-même     Le moniteur de l'enfant     Posologie \_\_\_\_\_

### À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp à administrer selon le besoin et en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Signature du parent responsable \_\_\_\_\_

## MÉDICAMENTS

Votre enfant prend-il des médicaments?    Oui     Non

Si oui, quel est le nom des médicaments ? \_\_\_\_\_

Posologie \_\_\_\_\_

S'il y a une urgence, pouvons-nous administrer ce(s) médicament(s)?    Oui     Non

Si oui, quantité/dose \_\_\_\_\_

## AUTRES

Votre enfant présente-t-il un comportement qui nous amènerait à avoir une approche différente envers lui?

Oui  Non  Description détaillée \_\_\_\_\_

Votre enfant nage-t-il suffisamment bien pour se baigner dans la partie profonde de la piscine? Oui  Non

## AUTORISATION DES PARENTS

J'ai pris connaissance des modalités et du type d'activité dans lequel j'ai inscrit mon enfant et j'autorise le personnel en place à agir en mon nom en cas d'urgence.

Nom, prénom du parent responsable \_\_\_\_\_

Signature du parent responsable \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## DÉPART DU PARTICIPANT À LA FIN DE LA JOURNÉE

Par lui-même  Parents  Spécifiez \_\_\_\_\_

Autre personne  Nom de la personne \_\_\_\_\_

- **SI VOUS VENEZ CHERCHER VOTRE ENFANT À LA FIN DE LA JOURNÉE, CELA DOIT SE FAIRE AU PLUS TARD À 16 H 30.**
- **NOUS NE SOMMES PLUS RESPONSABLES DES ENFANTS QUI QUITTENT PAR EUX-MÊMES L'ENCEINTE DE LA POLYVALENTE SAINTE-THÉRÈSE À LA FIN DE LA JOURNÉE.**

### Si votre enfant est inscrit au service de garde

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant \_\_\_\_\_

Restrictions particulières \_\_\_\_\_

## RÈGLEMENTS

1- Je participe en tout temps.

2- Je respecte les autres, les animateurs, l'environnement, le matériel et le code de vie en vigueur lors des activités du congé scolaire.

Le Service des sports et des loisirs communautaires se réserve le droit d'exclure tout participant qui :

- met sa sécurité et/ou celle des autres en danger;
- manque de respect à ceux et celles qui l'entourent;
- ne respecte pas les règlements à outrance.

**J'AI BIEN COMPRIS LES RÈGLEMENTS CI-HAUT ET JE M'ENGAGE À LES RESPECTER POUR BIEN M'AMUSER EN TOUTE SÉCURITÉ DURANT MON SÉJOUR.**

Nom du participant \_\_\_\_\_ Âge \_\_\_\_\_

Signature du parent \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ REMETTRE CE DOCUMENT AVANT DE QUITTER LES LIEUX DE L'INSCRIPTION.  
MERCİ DE VOTRE COLLABORATION.**