

Renseignements en cas d'urgence

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ Age : _____

Date de naissance : _____

No.ass. maladie : _____ exp. : (AAAA/MM) : ____/____

Nom du responsable de l'enfant : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Première personne ressource

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Numéro(s) de tél. : (____) _____

Cell : (____) _____

Deuxième personne ressource

Nom : _____ Prénom : _____

Lien de parenté : _____ Numéro(s) de tél. : (____) _____

Cell : (____) _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Votre enfant a-t-il déjà eu ?	Est-il atteint ?			OUI	NON	DATE
	OUI	NON	DATE			
Otites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____			
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autres (précisez) _____						_____

*S.V.P., précisez la sévérité de l'atteinte, fréquence des symptômes, traitement ou toutes informations pertinentes :

ACCIDENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES

Votre enfant a-t-il eu un accident ou subi une intervention chirurgicale ? OUI NON

Si oui, date (AAAA/MM) : _____/_____/_____ Description : _____

VACCINATIONS

La vaccination de votre enfant est-elle à jour ? OUI NON

Date du dernier vaccin contre le tétanos
(DCT, DcaT, Pentacel®, Quadracel® ou Adacel®) (AAAA/MM) : _____/_____/_____

ALLERGIES

Votre enfant a-t-il des allergies ?

	OUI	NON		OUI	NON
Fièvre des foins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herbe à puce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Médicaments*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres : _____			Intolérances alimentaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Précisez
lesquels : _____

*S.V.P. précisez la sévérité, symptômes habituels, dernière réaction ou informations pertinentes.

*A-t-il une dose d'adrénaline (**Épipen**® ou autre) à sa discrétion ? OUI NON

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par les responsables à administrer au besoin de réaction anaphylactique (réaction allergique sévère), de l'adrénaline à mon enfant.
Signature _____

MÉDICAMENTS (sous ordonnance)

Votre enfant doit-il prendre des médicaments lors de son séjour ? OUI NON

Si oui : _____

noms des médicaments

posologie (dose, voie, moment)

Important : S.V.P, remettre aux responsables le médicament dans son emballage original avec la copie émise par la pharmacie de l'ordonnance médicale.

MÉDICAMENTS (en vente libre)

J'autorise les responsables du camp à administrer, au besoin et selon la posologie appropriée, les médicaments suivants :

Tyléno (acétaminophène)... Bénadryl (diphenhydramine) Antibiotique en crème
Claritin (loratadine)..... Advil (ibuprofène)..... Sirop contre la toux.....

ÉTAT DE SANTÉ

Comment jugez-vous l'état de santé de votre enfant ? Excellent Bon Faible

AUTORISATION

J'autorise les responsables et ses représentants à prodiguer tous les soins nécessaires. Si la direction le juge également nécessaire, j'autorise également le transport par ambulance ou autre dans un établissement de santé. De plus, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (intervention chirurgicale, injection, anesthésie, hospitalisation ou autres). Je m'engage à payer les frais reliés à la santé et à la sécurité de mon enfant (ex. : médicaments, ambulance, matériel médical, etc.....)

Je déclare que les renseignements donnés sont véridiques et je crois que mon enfant est apte à participer aux activités d'un camp de vacances.

Nom du répondant (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date

FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE ET D'ACCEPTION DES RISQUES

RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font parties du programme du camp d'été. Les risques reliés aux activités auxquelles mon enfant va participer sont, de façon plus particulière, mais non limitative :

- blessures dues à des chutes ou autres mouvements (**entorse, foulure, fracture, etc.**) ;
- froid ou hypothermie ;
- blessures résultant de contact accidentel ou non entre les individus ;
- allergies ; alimentaires, plantes, insectes, animaux...
- contact avec l'eau (**lors d'activités impliquant de l'eau**) ;
- brûlures ou troubles dus à la chaleur.

CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans les présentes fiches sont exacts, et cela, au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur l'état de santé de mon enfant (pertinents ou non). Je suis conscient (e) que l'information contenue dans les présentes fiches est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles participera mon enfant et qu'elle permettra aux responsables de dresser un juste profil de ses participants.

Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable de la retraite, je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure que mon enfant entreprenne l'activité ou le séjour en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter ce séjour ou cette activité en pleine nature. Le participant s'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à son égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes l'entourant. Le moniteur se réserve le droit d'exclure toute personne qu'il juge représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe.

Nom du jeune (en caractères d'imprimerie)

Nom du parent (en caractère d'imprimerie)

Signature du parent

Date

PHOTOS

Des photos et vidéos seront probablement prises pendant les activités, j'accepte que mon enfant soit pris en photo ou filmé dans le cadre de ce camp. Et j'accepte que cela serve à faire connaître les activités de la paroisse Saint-Bonaventure.

Signature du parent

Date