|  |
| --- |
| **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 Asthme\* □ □ \_\_\_\_\_\_\_

Otites ………………… □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_ Hernies\* □ □ \_\_\_\_\_\_\_

Oreillons …….……. □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_ Épilepsie\* □ □ \_\_\_\_\_\_\_

Varicelle ……..……. □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_ Diabète\* □ □ \_\_\_\_\_\_\_

Rougeole …………… □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_ Déficit d’attention ou / et

Scarlatine …………. □ □ \_\_\_\_\_\_\_\_ hyperactivité\* □ □ \_\_\_\_\_\_\_

Autres (précisez) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 □ □ Herbe à puce □ □

Piqûres d’insectes □ □ Pénicilline □ □

Animaux □ □ Médicaments\* □ □

Autres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Intolérances alimentaires\* □ □

\*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 :

Tylénol (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 de la retraite. 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**