



FICHE MÉDICALE

(17 ANS ET MOINS) (COMPLÉTER CETTE FICHE EN LETTRES MOULÉES)



NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASSURANCE-MALADIE : _____ EXPIRATION : _____

Si l'enfant présente un ou des problèmes de santé, un des parents ou le titulaire de l'autorité parentale doit remplir et signer la fiche médicale de l'enfant. Tout changement relatif au dossier médical de l'enfant devra être signalé au Service des loisirs.

IMPORTANT : La fiche médicale complétée et signée est obligatoire pour les programmes d'été et la relâche scolaire (hiver).

Votre enfant a-t-il une allergie requérant une attention particulière? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Traitement : _____

L'enfant porte-t-il son médicament sur lui? Oui Non
(Dans le cas d'un ÉpiPen, l'enfant doit le porter sur lui.)

Votre enfant a-t-il d'autres problèmes de santé requérant une attention particulière?

Oui Non Si oui, précisez : _____

Traitement : _____

Votre enfant a-t-il des difficultés au niveau :

Visuel : précisez _____ Moteur : précisez _____

Auditif : précisez _____ De langage : précisez _____

Autres (TED, TDA, etc.) : précisez : _____

URGENCE / Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Nom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant (autres que les parents) :

Nom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Nom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Information requise si l'inscription concerne le camp de jour ou la relâche scolaire

J'autorise mon enfant à quitter SEUL le service de garde, après 16 h : Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter SEUL au retour de la sortie (relâche scolaire) : Oui Non

Votre enfant est-il capable de nager en eau profonde? Oui Non

IMPORTANT

Par la signature de ce formulaire, le parent déclare que les informations fournies sur l'état de santé de l'enfant sont véridiques et complètes.

Signature : _____ Date : _____

Pour plus de détails concernant la politique médicale, veuillez consulter les informations incluses dans la programmation.



FICHE MÉDICALE

(17 ANS ET MOINS) (COMPLÉTER CETTE FICHE EN LETTRES MOULÉES)



NOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASSURANCE-MALADIE : _____ EXPIRATION : _____

Si l'enfant présente un ou des problèmes de santé, un des parents ou le titulaire de l'autorité parentale doit remplir et signer la fiche médicale de l'enfant. Tout changement relatif au dossier médical de l'enfant devra être signalé au Service des loisirs.

IMPORTANT : La fiche médicale complétée et signée est obligatoire pour les programmes d'été et la relâche scolaire (hiver).

Votre enfant a-t-il une allergie requérant une attention particulière? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Traitement : _____

L'enfant porte-t-il son médicament sur lui? Oui Non
(Dans le cas d'un ÉpiPen, l'enfant doit le porter sur lui.)

Votre enfant a-t-il d'autres problèmes de santé requérant une attention particulière?

Oui Non Si oui, précisez : _____

Traitement : _____

Votre enfant a-t-il des difficultés au niveau :

Visuel : précisez _____ Moteur : précisez _____

Auditif : précisez _____ De langage : précisez _____

Autres (TED, TDA, etc.) : précisez : _____

URGENCE / Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Nom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant (autres que les parents) :

Nom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Nom : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Information requise si l'inscription concerne le camp de jour ou la relâche scolaire

J'autorise mon enfant à quitter SEUL le service de garde, après 16 h : Oui Non

J'autorise mon enfant à quitter SEUL au retour de la sortie (relâche scolaire) : Oui Non

Votre enfant est-il capable de nager en eau profonde? Oui Non

IMPORTANT

Par la signature de ce formulaire, le parent déclare que les informations fournies sur l'état de santé de l'enfant sont véridiques et complètes.

Signature : _____ Date : _____

Pour plus de détails concernant la politique médicale, veuillez consulter les informations incluses dans la programmation.