

# CAMP DE JOUR (OTJ HAM-NORD)

## FICHE D'INSCRIPTION

### 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

|                  |  |                                                              |     |
|------------------|--|--------------------------------------------------------------|-----|
| Nom de famille : |  | Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |     |
| Prénom :         |  | Date de naissance :                                          | / / |
| Adresse :        |  | Âge au 30 septembre :                                        |     |
|                  |  | Dernière année d'études complétée :                          |     |

### 2. PARENTS OU TUTEUR

|                                                                                                                                                                     |         |                  |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---------|
| Nom du père :                                                                                                                                                       |         | Nom de la mère : |         |
| Adresse :                                                                                                                                                           |         | Adresse :        |         |
| Téléphone :                                                                                                                                                         | (Rés.)  | Téléphone :      | (Rés.)  |
|                                                                                                                                                                     | (Bur.)  |                  | (Bur.)  |
|                                                                                                                                                                     | (Cell.) |                  | (Cell.) |
| Courriel :                                                                                                                                                          |         | Courriel :       |         |
| <b>GARDE de l'enfant</b>                                                                                                                                            |         |                  |         |
| Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Partagée <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> |         |                  |         |
| <b>Pour émission du relevé 24</b>                                                                                                                                   |         | NAS :            |         |
| Nom du parent payeur :                                                                                                                                              |         |                  |         |

### 3. SERVICE DE GARDE

|                                                                                                                                          |                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Votre enfant fréquentera-t-il le service de garde ?                                                                                      |                                                                                                                    |
| Le matin : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Le soir : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                                                                                    |
| <b>Si OUI</b> , qui est autorisé à aller le chercher le soir (autre que l'un des deux parents)?*                                         |                                                                                                                    |
| Prénom :                                                                                                                                 | Nom :                                                                                                              |
| Lien avec l'enfant :                                                                                                                     | Mon enfant est AUTORISÉ à partir <u>seul</u> le soir.<br>Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

\* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui vient chercher votre enfant, le personnel du service de garde ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Pour autoriser qui que ce soit dont le nom n'est pas mentionné à la section 4 du présent formulaire à aller chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable au service de garde un avis écrit précisant le nom de cette personne, ou entrer en contact avec Élise Hamel au 819-344-2424 p5

\_\_\_\_\_  
Nom du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date de la signature

## FICHE SANTÉ

**Vous devez nous retourner la fiche santé avec votre formulaire d'inscription.  
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

**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 :               |                                                       |
| Code postal :     |  | N° d'assurance-maladie (enfant) : |                                                       |
| Téléphone :       |  | Date d'expiration :               |                                                       |

**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 numéro : | Cellulaire ou autre numéro : |

**3. EN CAS D'URGENCE**

|                                                                                                                                   |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Personne à joindre en cas d'URGENCE :                                                                                             |                      |
| Père et 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**

|                                                               |                                                           |                                                           |                                                           |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? |                                                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |                                                           |
| Si oui, Date : Raison :                                       |                                                           |                                                           |                                                           |
| <b>Blessures graves</b>                                       |                                                           | <b>Maladies chroniques ou récurrentes</b>                 |                                                           |
| Date :                                                        |                                                           | Date :                                                    |                                                           |
| Décrire :                                                     |                                                           | Décrire :                                                 |                                                           |
| A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?                       |                                                           | Souffre-t-il des maux suivants ?                          |                                                           |
| Varicelle                                                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Asthme                                                    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Oreillons                                                     | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Diabète                                                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine                                                    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Épilepsie                                                 | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

|                    |                                                           |                    |                                                           |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------|
| Rougeole           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Migraines          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autres, préciser : |                                                           | Autres, préciser : |                                                           |

## 5. VACCINS ET ALLERGIES

| A-t-il reçu les vaccins suivants? | Date                                                      | A-t-il des allergies?   |                                                           |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Tétanos                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Fièvre des foins        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Rougeole                          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Herbe à puce            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Rubéole                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Piqûres d'insectes      | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Oreillons                         | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Animaux*                | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Polio                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Médicaments*            | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| DcaT                              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Allergies alimentaires* | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Autres, préciser :                |                                                           | *Préciser :             |                                                           |

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

Oui ☐ Non ☐

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

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par l' OTJ de Ham-Nord (camp de jour) à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

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

## 6. MÉDICAMENTS

|                                                                                  |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Votre enfant prend-il des médicaments?                                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, noms des médicaments :                                                   | Posologie :                                               |
| Les prend-il lui-même? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Préciser :                                                |

**Si votre enfant doit prendre des médicaments**, vous devrez, à votre arrivée au camp de jour, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

## 7. AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES (UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION)

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"/> |
| Préciser :                                                       |                                                           |
| Votre enfant a-t-il d'accompagnement particulier ?               | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, décrire :                                                |                                                           |
| Votre enfant mange-t-il normalement?                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Si non, décrire :                                                |                                                           |
| Votre enfant porte-t-il des prothèses?                           | 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 :                                                                                                |                              |                                                                                                                      |
| Fille : A-t-elle commencé à être menstruée?                                                                        | Oui <input type="checkbox"/> | Non, et elle n'est pas renseignée <input type="checkbox"/><br>Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/> |
| Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?                                                              |                              |                                                                                                                      |

## 8. MÉDICAMENTS EN VENTE LIBRE (SI APPLICABLE)

J'autorise le personnel du Camp de jour de la Ville / Municipalité XYZ à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

☐ Acétaminophène (Tylenol, Tempra)

☐ Antiémétique (Gravol)

☐ Antihistaminique (Benadryl, Reactine)

☐ Anti-inflammatoire (Advil)

☐ Sirop contre la toux

☐ Antibiotique en crème (Polysporin)

☐ Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Signature de la mère ou du père : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

**Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.**

## 9. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour OTJ Ham-Nord prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Camp de jour (OTJ Ham-Nord)
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant surviennent 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 OTJ (Ham-Nord) à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour (OTJ Ham-Nord) 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 (OTJ Ham-Nord) 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