

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

1. Renseignements généraux sur l'enfant

Prénom		Photo de l'enfant
Nom		
Date de naissance		
Année scolaire sept. 2024		
Adresse principale		
Situation familiale	L'enfant vit : <input type="checkbox"/> avec ses deux parents <input type="checkbox"/> avec un tuteur <input type="checkbox"/> seulement parent 1 <input type="checkbox"/> en garde partagée <input type="checkbox"/> seulement parent 2 <input type="checkbox"/> autre : _____	

2. En cas d'urgence

Première(s) personne(s) à joindre en cas d'URGENCE :	
Père et mère <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____	
Parent #1	Parent #2
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Téléphone (rés.) :	Téléphone (rés.) :
Téléphone (travail) :	Téléphone (travail) :
Cellulaire :	Cellulaire :
Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone principal :	Téléphone principal :
Téléphone secondaire :	Téléphone secondaire :

3. Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, Date :		Raison :	
Blessures graves		Maladies chroniques ou récurrentes	
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, précisez		Autres, précisez	

4. 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"/>		Rhume 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 :			*Précisez :	

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

Si vous avez répondu oui, est-ce que votre enfant est en mesure de la conserver avec lui en tout temps lors de sa présence au camp ?
 Oui Non

Si vous aimeriez que l'équipe d'animation donne un coup de main à votre enfant pour cette responsabilité, veuillez prévoir une brève rencontre avec la coordonnatrice avant le début du camp.

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de jour de la Municipalité de Wickham à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature du parent

5. 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 durant les heures de camp, vous devrez à votre arrivée au camp de jour, remettre la bouteille de PRESCRIPTION au responsable. La bouteille doit être identifiée au nom de l'enfant et indiquer la posologie applicable. Vous devrez également remplir le formulaire d'autorisation de prise de médicament, remis sur demande par la coordonnatrice, afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Si en cours d'été, votre enfant doit prendre un médicament pour une raison ou pour une autre, avec ou sans ordonnance, durant les heures de camp, vous devrez remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament, remis sur demande par la coordonnatrice.

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 la coordonnatrice afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

En ce qui concerne les allergies, celles-ci feront l'objet d'un message de sensibilisation destiné à l'ensemble des parents du camp. Puis, des avis spécifiques seront remis aux parents des groupes concernés par la présence d'une allergie sévère afin de réduire autant que possible les risques.

6. Autres informations pertinentes

Afin de créer un encadrement adapté aux besoins de votre enfant, les informations suivantes sont très importantes pour nous. Merci de répondre avec le plus de détails possibles afin d'assurer le bien-être et la sécurité de votre enfant au camp de jour.

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? (timidité, impulsivité, déficit d'attention, trouble opposition, trouble d'anxiété, violence, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :		
Votre enfant est-il suivi par un professionnel de la santé? (psychoéducatrice, travailleur social, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, etc.)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :		
Votre enfant présente-t-il un trouble du langage ou de motricité?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :		
Votre enfant a-t-il un plan d'intervention à l'école ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, décrire :		
Si ce plan concerne des problèmes de comportements, accepteriez-vous de nous le partager? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À noter qu'une rencontre avec la coordonnatrice pourrait être organisée avant le début du camp pour mettre en place des conditions favorables au bien-être et à la participation de votre enfant sur demande.		
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"/> Non, mais elle est renseignée <input type="checkbox"/>
Avez-vous des recommandations spéciales ?		

7. Intérêts et traits de personnalité

Cette section sera remise à l'animateur de votre enfant. L'objectif est de lui donner des pistes d'idées qu'il pourra utiliser lors de sa planification d'activités et de ses premières interactions avec votre enfant.

Les films et émissions préférés serviront d'inspiration aux animateurs pour organiser les journées mystères.

Plus il y a d'infos, plus nous sommes heureux et reconnaissants! Un grand merci :)

Décrivez les principaux goûts et traits de personnalité de votre enfant :	
Quel est son sport préféré?	
Quel est son loisir préféré?	
Quel est son film préféré?	
Quelle est son émission préférée?	
Quelles sont ses chansons préférées?	

8. Procédure de début de journée (veuillez cocher la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Mon enfant arrivera au service de garde entre 7 h 00 et 7 h 30
<input type="checkbox"/>	Mon enfant arrivera au service de garde entre 7 h 30 et 8 h 00
<input type="checkbox"/>	Mon enfant arrivera au service de garde entre 8 h 00 et 8 h 30
<input type="checkbox"/>	Mon enfant arrivera au service de garde entre 8 h 30 et 9 h 00
<input type="checkbox"/>	Mon enfant n'est pas inscrit au service de garde et arrivera à 9 h 00

9. Procédure de fin de journée (veuillez cocher la case appropriée)

<input type="checkbox"/>	Mon enfant quittera seul à vélo ou à pied à 16 h 00
<input type="checkbox"/>	Mon enfant quittera avec une personne autorisée à 16 h 00
<input type="checkbox"/>	Mon enfant est inscrit au service de garde et quittera entre 16 h 00 et 16 h 30
<input type="checkbox"/>	Mon enfant est inscrit au service de garde et quittera entre 16 h 30 et 17 h 00
<input type="checkbox"/>	Mon enfant est inscrit au service de garde et quittera entre 17 h 00 et 17 h 30

** Si un parent quitte le camp de jour après les heures de fermeture, des frais additionnels seront exigés. Ces frais sont :

- De dix dollars (10 \$) le premier cinq minutes;
- De cinq dollars (5 \$) par tranche de cinq minutes additionnelles.

Noms des personnes autorisées à venir chercher l'enfant, qui ne sont pas identifiées dans la section « En cas d'urgence » (section 2 du présent document) :

Prénom, nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

Prénom, nom : _____ Téléphone : _____ Lien : _____

* Veuillez noter que si ce n'est pas une personne autorisée qui se présente pour venir chercher votre enfant, le personnel 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 aux sections 2 ou 9 du présent formulaire à venir chercher votre enfant, vous devez transmettre au préalable un avis écrit précisant le nom de cette personne.

10. Autorisation des parents

- Étant donné que le camp de jour de la Municipalité de Wickham 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 de la Municipalité de Wickham.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient 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 de la Municipalité de Wickham à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- En signant la présente, je suis conscient que mon enfant doit respecter les règles de vie du camp et que qu'en cas de non-respect, sa participation aux activités du camp peut être remise en cause.
- Je m'engage à collaborer avec la coordonnatrice du camp de jour et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.
- En signant la présente, j'autorise mon enfant à se déplacer à pied, en présence des animateurs du camp de jour, sur le territoire de la municipalité.

Nom et prénom du parent ou du tuteur en lettres moulées

Signature du parent ou du tuteur

____ / ____ / ____
Jour Mois année