Clause de confidentialité

|  |
| --- |
| Les renseignements fournis sont utilisés à des fins d’information auprès du personnel afin d’assurer la sécurité des participants. Veuillez 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. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L’ENFANT** | | | |
| Nom : | Prénom : | | Sexe : F  M |
| Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : | | Âge : | Année scolaire en cours : |
| No d’assurance-maladie : | | Date d’expiration : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 2 – RENSEIGNEMENTS SUR LES RÉPONDANTS DE L’ENFANT (PARENTS OU TUTEURS)** | |
| Nom : | Prénom : |
| Lien avec l’enfant : Père  Mère  Tuteur  Autres : | |
| Téléphone maison : | Adresse : |
| Téléphone travail : |
| Téléphone autres (cell) : | Courriel : |
|  | |
| Nom : | Prénom : |
| Lien avec l’enfant : Père  Mère  Tuteur  Autres : | |
| Téléphone maison : | Adresse : |
| Téléphone travail : |
| Téléphone autres (cell) : | Courriel : |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 3 – EN CAS D’URGENCE** | |
| Personne à joindre en cas d’URGENCE :  Père  Mère  Tuteur | |
| **Deux autres personnes à joindre en cas d’URGENCE** | |
| Nom : | Prénom : |
| Lien avec l’enfant : | |
| Téléphone (résidence) : | Autres : |
|  | |
| Nom : | Prénom : |
| Lien avec l’enfant : | |
| Téléphone (résidence) : | Autres : |

|  |
| --- |
| **SECTION 4 – QUITTE AVEC …** |
| Est-ce que votre enfant a la permission de quitter seul à la fin de la journée ?  Oui  Non |
| Généralement, votre enfant quitte …  À pied  Avec un parent  Autres (précisez) : |
| Est-ce qu’il y a des gens qui ne peuvent pas venir chercher votre enfant ?  Oui  Non  Si oui, précisez : |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 5 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** | |
| Votre enfant a-t-il subit une **intervention chirurgicale** ?  Oui  Non  Si oui,  Date :  Raison : | |
| Votre enfant a-t-il subit une **blessure grave** ?  Oui  Non  Si oui,  Date :  Description : | |
| Votre enfant a-t-il une **maladie chronique ou récurrente** ?  Oui  Non  Si oui,  Date :  Description : | |
| **Autres particularités** : | |
| Troubles cardiaques :  Troubles visuels :  Troubles auditifs :  Troubles moteurs :  Troubles de langage :  Trouble du spectre de l’autisme :  Trouble de l’attention (TDA) :  Handicap physique :  Handicap intellectuel :  Autres troubles : | Oui  Non Si oui, précisez :  Oui  Non Si oui :  Lunettes  Lentilles  Oui  Non Si oui :  Appareil  Oui  Non Si oui :  Appareil d’appui  Oui  Non Si oui, précisez :  Oui  Non Si oui, précisez :  Oui  Non Si oui, avec hyperactivité (TDAH) ? :  Oui  Non  Oui  Non Si oui, précisez :  Oui  Non Si oui, précisez :  Précisez : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SECTION 6 – ALLERGIES ET MAUX** | | | |
| Votre enfant a-t-il des **allergies** ? | | Votre enfant souffre-t-il des **maux** suivants? | |
| Fièvre des foins | Oui  Non | Asthme\* | Oui  Non |
| Herbe à puce | Oui  Non | Diabète | Oui  Non |
| Piqûres d’insectes | Oui  Non | Épilepsie | Oui  Non |
| Animaux\* | Oui  Non | Migraines | Oui  Non |
| Médicaments\* | Oui  Non | \*Précisez : | |
| Allergies alimentaires\* | Oui  Non |
| \*Précisez : | |
| Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d’épinéphrine (Epipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?  Oui  Non | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 7 – MÉDICAMENTS** | |
| Votre enfant prend-il des médicaments ?  Oui  Non | |
| Si oui, précisez : | |
| Noms des médicaments | Posologie |
| Votre enfant prend-t-il ses médicaments lui-même?  Oui  Non  Si oui, précisez : | |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 8 – AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES** | |
| Votre enfant **sait-il nager** ? | Oui  Non  Avec flotteur  Avec veste de flottaison  Si, durant l’été, votre jeune développe ses habiletés en natation et n’est plus dans l’obligation de porter une veste de flottaison ou des flotteurs, vous devez nous en aviser en nous glissant un mot via une note signée. Merci! |
| Votre enfant présent-t-il des **problèmes de comportement**? | Oui  Non  Si oui, précisez : |
| Votre enfant a-t-il des **difficultés relationnelles ou affectives**? | Oui  Non  Si oui, précisez : |
| Votre enfant **mange-t-il normalement** ? | Oui  Non  Si oui, précisez : |
| Y a-t-il des **activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer** ou seulement moyennant certaines conditions? | Oui  Non  Si oui, précisez : |
| Votre enfant peut-il appliquer lui-même de la **crème solaire**? | Oui  Non  Si non, acceptez-vous qu’un animateur applique de la crème solaire à l’enfant ?  Oui  Non |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION 9 – AUTORISATION DES PARENTS**  **(Cochez les énoncés que vous autorisez.)** | |
|  | Étant donné que le Service d’animation estivale de Dixville prendre des photos et/ou des vidéos au cours des activités de l’été, je l’autorise à se servir de ce matériel en tout en en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du Service d’animation estivale de Dixville. |
|  | Si des modifications concernant l’été de santé de mon ou mes enfant(s) survenaient avant le début ou pendant la période du Service d’animation estivale, je m’engage à transmettre cette information au coordonnateur du Service d’animation estivale qui fera le suivi avec l’animateur de mon enfant. |
|  | En signant la présente, j’autorise le Service d’animation estivale à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Je l’autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire en cas d’urgence. |
|  | Je m’engage à collaborer le coordonnateur du Service d’animation estivale et à venir le rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités. |
| Le Service d’animation estivale de Dixville se réserve le droit de refuser un enfant ou ne plus l’accepter en raison d’informations inexactes ou insuffisantes et même annuler son inscription. | |

Nom du parent ou du tuteur :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur Date