

CONSETEMENTS – CAMP DE JOUR  
Centre Loisir Multi-Plus



NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_

**1. ACTION MÉDICALE**

J'autorise les responsables ainsi que les animateurs et animatrices du camp de jour du Centre Loisir Multi-Plus à rendre toute action médicale d'urgence (ou autre), en cas d'accident ou de maladie, à mon enfant.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**2. PHOTOS ET VIDÉOS**

J'autorise le Centre Loisir Multi-Plus et ses partenaires à prendre et à diffuser des photos et vidéos lors d'activités sportives et communautaires sur lesquelles moi ou mes enfants pourrions apparaître.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**3. SIGNATURE DE DÉPART**

Veillez indiquer, en LETTRES MOULÉES, chaque personne susceptible de venir chercher votre enfant au camp de jour (incluant le répondant au présent formulaire). Veillez préciser le lien de parenté avec l'enfant (mère, père, grands-parents, etc.).

_____	_____
_____	_____
_____	_____

*Notez bien que pour des raisons de sécurité, une **pièce d'identité avec photo** pourrait être requise au moment de venir chercher l'enfant.*

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

# FICHE MÉDICALE 2018- SEMAINE DE RELÂCHE



## ENFANT- SECTION MEMBRE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ Sexe : Garçon  Fille

No. Ass. Maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence rejoindre : \_\_\_\_\_ Tél. (rés.) : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

## FICHE DE SANTÉ

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_ Taille en mètre ou centimètre \_\_\_\_\_

Poids en Kilogramme \_\_\_\_\_ Couleur yeux : \_\_\_\_\_ Couleur cheveux : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé (Cochez si l'affirmation s'applique à votre enfant)?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allergie (insectes, aliments, médicaments, autres) | <input type="checkbox"/> Asthme- tr. respiratoires |
| <input type="checkbox"/> Maux d'oreille                                     | <input type="checkbox"/> Eczéma                    |
|   | <input type="checkbox"/> Fièvre des foins          |

Autres difficultés de santé? \_\_\_\_\_

Si allergie, votre enfant a-t-il avec lui un Epipen? Oui  Non

*Si oui, veuillez prendre note de l'avis de loi concernant l'administration de l'Épipen*

Votre enfant doit-il prendre des médicaments? Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Vaccination à jour : Oui  Non  précisez : \_\_\_\_\_

Y a-t-il des contre-indications au niveau des activités de la semaine de relâche (gymnastique, marche, alimentation,...? Si oui, lesquelles?) \_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il de difficultés comportementales ou besoins particuliers? Oui  Non

Décrivez-nous le tempérament de votre enfant : \_\_\_\_\_