

# FICHE DE L'ENFANT - Une fiche par enfant

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT

Prénom	No carte	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
N° assurance maladie	Date d'expiration	

Votre enfant sait-il nager?  Oui  Non

Votre enfant possède-t-il l'équivalent du niveau 3?  
(Nage d'endurance 15 mètres et se maintient durant 20 secondes à la surface en eau profonde)?  Oui  Non

## RÉPONDANTS DE L'ENFANT

Prénom, nom de la <b>mère</b>		Courriel
Tél. domicile		Tél. cellulaire
		Tél. travail
Prénom, nom du <b>père</b>		Courriel
Tél. domicile		Tél. cellulaire
		Tél. travail

**Garde légale**  Partagée  Mère  Père  Mère et père  Tuteur (avec pièce justificative)

**Personne à joindre en cas d'urgence**  Mère  Père  Mère et père  Tuteur

Autres personnes à joindre en cas d'urgence

Nom	Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone

## SERVICE DE GARDE - DÉPART DU CAMP DE JOUR

Est-ce que votre enfant utilisera le service de garde le matin et/ou le soir?  Oui  Non

Qui est autorisé à venir chercher votre enfant à la fin de la journée?

Mère seulement  Père seulement  Mère et père  Autre adulte

Autre adulte – Prénom et nom de l'adulte autorisé à venir chercher votre enfant. Lien avec l'enfant

Autre adulte – Prénom et nom de l'adulte autorisé à venir chercher votre enfant. Lien avec l'enfant

Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul le soir?  Oui  Non

*Veillez noter que dans les cas où ce ne sont pas les personnes autorisées qui viennent chercher l'enfant, le personnel ne sera pas autorisé à le laisser partir, peu importe le lien de parenté qui l'unit à cette personne. Il faudra au préalable une permission écrite de votre part avisant que votre enfant quittera avec une tierce personne.*



## ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

Est-ce que votre enfant a un problème de santé? (pour les allergies voir la section prévue à cet effet)

Oui  Non

### SANTÉ - GÉNÉRAL

Maladies, particularités médicales ou malaises à signaler

Autres spécificités

Est-ce que votre enfant doit prendre une médication?

Oui  Non

Spécifiez

- À votre arrivée au camp de jour, si votre enfant doit prendre une médication, vous devrez nous remettre ses médicaments et remplir le formulaire d'autorisation d'administration à cet effet. Si une tierce personne accompagne l'enfant, elle devra nous laisser ses médicaments et une autorisation écrite afin que nous puissions lui administrer les posologies prescrites.
- Toutes ces informations demeureront confidentielles. Seules les informations concernant l'état de santé de votre enfant seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre une meilleure approche ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

### ALLERGIES

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies?

Oui  Non

Décrivez la nature de ses allergies (alimentaire, médicament, etc.) ainsi que le type de réaction.

*Pour des raisons de sécurité et d'efficacité, si votre enfant possède un EpiPen, il devra l'avoir sur lui, en tout temps.*

#### En signant la présente :

- J'autorise la Ville de Repentigny à utiliser ou à permettre l'utilisation de photographies à des fins publicitaires, dans des brochures ou journaux dans lesquels apparaît mon enfant dans le cadre de la programmation. Tout le matériel demeurera la propriété de la Ville.
- J'autorise la direction du camp à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis. Si la direction du camp le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance, ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. S'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi par les responsables du camp ou de la sortie à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, les injections, l'anesthésie et l'hospitalisation. Je reconnais également qu'en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire si la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile.
- La Ville de Repentigny n'est pas responsable en cas de vol, de bris ou de perte d'objet.
- J'atteste que les renseignements inscrits sont exacts et que je transmettrai toute nouvelle information médicale à la Ville de Repentigny.

Signature (obligatoire)

Date (JJ-MM-AA)

#### RELEVÉ 24 - VEUILLEZ REMPLIR L'INFORMATION CI-DESSOUS.

N° assurance sociale		N° carte client / N° carte Citoyen	
Père :	Mère :	Père :	Mère :
Nom, prénom des parents – Inscrire le % à séparer entre les conjoints, s'il y a lieu (ex. : père 50 % - mère 50 %)			

« L'omission de ce numéro peut entraîner une pénalité pour le particulier et pour la personne qui doit produire un relevé à son nom. »

Référence : Site gouvernemental – lien : [http://www.revenuquebec.ca/documents/fr/formulaires/rl/rl-24.s\(2015-10\).pdf](http://www.revenuquebec.ca/documents/fr/formulaires/rl/rl-24.s(2015-10).pdf)