

FICHE DE L'ENFANT

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT - Une fiche par enfant

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

Est-ce que votre enfant sait nager? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

RÉPONDANTS DE L'ENFANT

Prénom, nom de la mère		Courriel	
Tél. domicile	Tél. cellulaire	Tél. travail	
Prénom, nom du père		Courriel	
Tél. domicile	Tél. cellulaire	Tél. travail	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom	Nom	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?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

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

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
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?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

Veillez noter que dans les cas où ce ne sont pas les personnes inscrites sur le formulaire 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 celle-ci. 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? Spécifiez, s'il y a lieu.

Oui Non

- 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 les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles et seront divulguées seulement à son animateur et à son supérieur immédiat, et ce, 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? Décrivez la nature de ses allergies (alimentaire, médicament, etc.) ainsi que le type de réaction.

Oui Non

Pour des raisons de sécurité et d'efficacité, si votre enfant possède un « ÉpiPen », 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 dans les médias sociaux dans lesquels apparaît mon enfant. Tout le matériel demeurera la propriété de la Ville.
- La Ville de Repentigny n'est pas responsable en cas de vol, de bris ou de perte d'objet.
- 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, à mes frais, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. S'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin choisi à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, les injections, une transfusion sanguine, 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.
- 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-AAAA)

RELEVÉ 24 – (FRAIS DE GARDE D'ENFANTS) – Veuillez remplir l'information ci-dessous.

N ^o assurance sociale		N ^o carte client / N ^o carte Citoyen	
Personne 1	Personne 2	Personne 1	Personne 2
Prénom, nom – Incrire le % à diviser entre les personnes, 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 : [revenuquebec.ca/documents/fr/formulaires/rl/rl-24.s\(2015-10\).pdf](http://revenuquebec.ca/documents/fr/formulaires/rl/rl-24.s(2015-10).pdf)