

## 2019 - FICHE DE L'ENFANT (santé et autres informations)

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT - Une fiche par enfant

Prénom		N° carte		Sexe F M
Nom		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)		
N° assurance maladie		Date d'expiration		

### 1. RÉPONDANTS DE L'ENFANT

Prénom, nom du <b>répondant 1</b>				Lien avec l'enfant	
Courriel					
Tél. domicile		Tél. cellulaire		Tél. travail	
Prénom, nom du <b>répondant 2</b>				Lien avec l'enfant	
Courriel					
Tél. domicile		Tél. cellulaire		Tél. travail	

### 2. AUTRES PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Prénom	Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone
Prénom	Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone
Prénom	Nom	Lien avec l'enfant	Téléphone

### 3. SERVICE DE GARDE

Est-ce que votre enfant utilisera le service de garde le matin et/ou le soir?	Oui	Non
Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul le soir?	Oui	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

*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.*

 Repentigny  
Sépanouir



#### 4. ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

##### Problème de santé

Est-ce que votre enfant a un problème de santé (pour les allergies voir la section prévue à cet effet)?	Oui	Non
Si vous avez répondu oui à la question, veuillez spécifier les maladies, particularités médicales ou malaises à signaler.		

##### Médicament(s)

Est-ce que votre enfant doit prendre une médication?	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"><li>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.</li><li>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.</li></ul>		

##### Allergies

Est-ce que votre enfant souffre d'allergies?	Oui	Non
Si vous avez répondu oui à la question, décrivez la nature de ses allergies (alimentaire, médicament, etc.) ainsi que le type de réaction possible.		
<b><i>Pour des raisons de sécurité et d'efficacité, si votre enfant possède un auto-injecteur de type ÉpiPen, il devra l'avoir sur lui en tout temps.</i></b>		

Est-ce que votre enfant sait 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
-------------------------------------	-----	-----	--	-----	-----

##### 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.

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

N° assurance sociale		N° carte client / N° carte Citoyen	
Répondant 1	Répondant 2	Répondant 1	Répondant 2
Prénom, nom – Incrire le % à diviser entre les personnes, s'il y a lieu. Ex. parent 1 (50 %) - parent 2 (50 %)			

Ce relevé doit être produit par toute personne qui a offert, au Québec et contre rémunération, des services de garde donnant droit au crédit d'impôt pour frais de garde d'enfants. À cette fin, le relevé 24 doit inclure à la ligne -G- le numéro d'assurance sociale de la personne qui a payé les frais de garde.

**Je reconnais que le fait d'avoir coché cette case équivaut à ma signature si ce formulaire est retourné par courriel.**

\_\_\_\_\_  
Signature (obligatoire)

\_\_\_\_\_  
Date (JJ-MM-AAAA)