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 flottaisonSi, 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