

# Camp de jour du Domaine Quinchien



552 route de Lotbinière, Vaudreuil-Dorion, QC, J7V 8P2  
Tél. : (438) 837-9808 / info@fermequinchien.com  
www.fermequinchien.com

## FORMULAIRE DE SANTÉ 2020

\* Peut être rempli par les parents / tuteur legal si toutes les informations peuvent être fournies. Si non il devrait être rempli par un médecin. Ce formulaire doit être rempli avant que l'enfant débute au camp.

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ No. Assurance Maladie : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Hauteur (cm) : \_\_\_\_\_ Poids (lbs) : \_\_\_\_\_  
No. cell mère : \_\_\_\_\_ No. cell père : \_\_\_\_\_

### BILAN MÉDICAL

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête                   | <input type="checkbox"/> Maladie ou condition du cœur        | <input type="checkbox"/> Blessures graves : _____ |
| <input type="checkbox"/> Évanouissements                | <input type="checkbox"/> Épilepsie ou convulsions            | _____   |
| <input type="checkbox"/> Nausées / Mal de coeur         | <input type="checkbox"/> Hépatite                            | _____   |
| <input type="checkbox"/> Asthme                         | <input type="checkbox"/> Trouble hémorragique                | <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____         |
| <input type="checkbox"/> Lunettes de vue (prescription) | <input type="checkbox"/> Interventions chirurgicales : _____ | _____   |
| <input type="checkbox"/> Bouchons d'oreilles            | _____  | _____   |
| <input type="checkbox"/> Diabète                        | _____  |   |

**Allergies ?** (veuillez indiquer tous les détails pertinents et attribuer une cote de 1 à 5 pour la sévérité de l'allergie, 1 étant le moins sévère et 5 étant mortel).

- Piqures d'insectes : \_\_\_\_\_  Aliments : \_\_\_\_\_  
 Animaux : \_\_\_\_\_  Peau : \_\_\_\_\_  
 Médicaments : \_\_\_\_\_  Fièvre des foins : \_\_\_\_\_

Épipen ?  Non  Oui

**Détails / Précisions / Indication spéciales en cas d'attaque :** \_\_\_\_\_

Vaccins d'immunisations à jour ?  Oui  Non

Date de la dernière injection de rappel de tétanos ? \_\_\_\_\_

Vaccin contre la rougeole à jour ?  Oui  Non

Restrictions alimentaires ?  Non  Oui : \_\_\_\_\_

Restrictions pour certaines activités ?  Non  Oui : \_\_\_\_\_

**Médicaments** : Votre enfant devra ou pourra-t-il prendre des médicaments au camp de jour ? (ex. : inhalateur contre l'asthme)

Non  Oui

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_ Posologie : \_\_\_\_\_

\* *S'il est possible que votre enfant doive prendre des médicaments au camp de jour, veuillez nous les fournir en mains propres dans un contenant scellé et identifié au nom de l'enfant et qui contient le nom du médicament ainsi que des instructions détaillées sur la posologie.*

Votre enfant a-t-il déjà nécessité une thérapie ou une consultation comportementale ?

Non  Oui : \_\_\_\_\_

Autres informations pertinentes sur la santé physique ou mentale de votre enfant ? (ex. : problèmes de motricité, problèmes de comportement, etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PRÉVENTION COVID-19 ET MALADIES CONTAGIEUSES

Je, soussigné, confirme par la présente qu'au meilleur de mes connaissances, mon enfant ne présente pas de symptômes associés à la COVID-19 et n'a pas été en contact avec un cas confirmé de COVID-19. Je confirme qu'au meilleur de mes connaissances mon enfant n'a pas été exposé à une maladie contagieuse dans les 4 dernières semaines. **S'il arrive que mon enfant soit exposé à la COVID-19 ou une maladie contagieuse après la date où ce formulaire fut rempli, je m'engage à contacter le Camp de jour du Domaine Quinchien pour leur en aviser par écrit aussitôt possible.**

**Signature du parent / tuteur légal** : \_\_\_\_\_ **Date** : \_\_\_\_\_

Je, soussigné, confirme par la présente que les informations fournies dans le présent formulaire sont exactes et contiennent toutes les informations nécessaires à une surveillance adéquate du bien-être de mon enfant au camp de jour. **Je m'engage à contacter le Camp de jour du Domaine Quinchien pour leur en aviser par écrit aussitôt possible de toute nouvelle information médicale survenu après que le présent formulaire a été rempli.**

En cas d'urgence, et seulement si il est impossible de me rejoindre immédiatement afin que je donne les consignes nécessaires pour la sauvegarde de l'intégrité physique ou mentale de mon enfant, je consens à ce qu'un médecin sélectionné par la Direction du Camp de jour du Domaine Quinchien octroi à mon enfant les soins et les traitements nécessités par l'état d'urgence de sa santé. Aussi, en cas d'urgence, je donne la permission au médecin de mon enfant de communiquer des informations médicales pertinentes au sujet de mon enfant au Camp de jour du Domaine Quinchien si nécessaire.

**Signature du parent / tuteur légal** : \_\_\_\_\_ **Date** : \_\_\_\_\_

**Nom du médecin de l'enfant** : \_\_\_\_\_ **Tél.** : \_\_\_\_\_

I have read and understood all of the above despite the information being in French, and I confirm that I have apposed my signature having fully understood what I am consenting to.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date