

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ENFANT

Prénom : Nom :

Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance :

Année scolaire :

Adresse :

Municipalité : Code postal :

Nom de la mère : Téléphone :

Courriel de contact :

Je désire recevoir les nouvelles à propos du Camp Héroik inc. Oui Non

Je serai la personne bénéficiaire du crédit d'impôt pour les frais de garde (relevé 24). Oui Non

Nom du père : Téléphone :

Courriel de contact :

Je désire recevoir les nouvelles à propos du Camp Héroik inc. Oui Non

Je serai la personne bénéficiaire du crédit d'impôt pour les frais de garde (relevé 24). Oui Non

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX EN CAS D'URGENCE

Personne à contacter #1 : Lien :

Téléphone (maison) : Cellulaire :

Travail : Poste : Autre :

Personne à contacter #2 : Lien :

Téléphone (maison) : Cellulaire :

Travail : Poste : Autre :

AUTORISATIONS

AUTORISATION Personnes autorisées de quitter avec l'enfant

AUTORISATION pour la transmission des médicaments

Si mon enfant doit prendre des médicaments sur les heures du camp à ma demande, j'autorise le Camp Héroik inc. à transmettre ceux-ci.

Oui Non

Date de l'autorisation émise :

AUTORISATION pour le départ seul de l'enfant

Oui Non

Heure de départ :

Date de l'autorisation émise :

AUTORISATION pour la prise vidéo, photo et audio

Étant donné que le Camp Héroik inc. réalise des photos et/ou des vidéos sur les activités de mon enfant durant les heures du camp, j'autorise les responsables à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins publicitaires. De plus, ce matériel sera transmis pour la création de souvenirs des expériences vécues.

Oui Non

Date de l'autorisation émise :

AUTORISATION médicale d'urgence

J'autorise le Camp Héroik inc. à distribuer ou à administrer des médicaments prescrits, selon une posologie précise et transmise par les parents qui en feront la demande, le tout sous réserve des mesures et précautions à prendre. Le responsable du Camp Héroik inc. me fera part de toutes les décisions quant aux soins prodigués à mon enfant dans les plus brefs délais afin d'obtenir mon accord. S'il est impossible au responsable du camp de jour de me joindre, je l'autorise à intervenir en mon nom. De plus, en cas d'urgence grave, j'autorise le médecin traitant à effectuer tout traitement, incluant une anesthésie, une opération, une hospitalisation ou autre dans le but de soigner ou de sauver la vie de mon enfant.

Oui Non

Date de l'autorisation émise :

CARTE ACCÈS-LOISIR

Numéro de la carte :

Date d'expiration :

FICHE DE SANTÉ



PRÉNOM DE L'ENFANT :

NOM DE L'ENFANT :

Numéro d'assurance maladie :

Date d'expiration :

Maladies : Asthme Oui Non Précisez :

Diabète Oui Non

Épilepsie Oui Non

Allergies : Fièvre des Foies Oui Non Précisez :

Herbe à puce Oui Non

Piqûre d'insectes Oui Non

Animaux Oui Non

Médicaments Oui Non

Aliments Oui Non

Autres

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) en raison de ses allergies? Oui Non

Est-ce que votre enfant nécessite une prise de médication sur les heures d'activités du Camp? Oui Non

Nom du médicament :

Posologie :

Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? Oui Non

Précisez :

Votre enfant mange-t-il normalement? Oui Non

Précisez :

Votre enfant porte-t-il des prothèses? Oui Non

Précisez :

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Oui Non

Précisez :

Avez-vous d'autres informations à nous transmettre avec la santé de votre enfant? Oui Non

Précisez :