

**IDENTIFICATION DU JOUEUR**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : AAAA / MM / JJ

Sexe :  F  M

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

Exp. : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (     ) \_\_\_\_\_

**PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE****Nom des parents ou des tuteurs :**

Prénom/Nom : \_\_\_\_\_

Prénom/Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel : \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

**Coordonnées de deux personnes, autres que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d'urgence :**

Prénom/Nom : \_\_\_\_\_

Prénom/Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel : \_\_\_\_\_

Téléphone résidentiel : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**HISTORIQUE MÉDIACAL**Votre enfant a-t-il déjà subi une blessure grave? Oui  Non 

Si oui, veuillez la décrire : \_\_\_\_\_

Souffre-t-il d'un problème de santé chronique ou récurrent?

Asthme : Oui  Non Hernies : Oui  Non Épilepsie : Oui  Non Diabète : Oui  Non 

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Doit-on lui imposer des restrictions en ce qui concerne la pratique de certaines activités? Oui  Non 

Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il reçu le vaccin contre le tétanos? Oui  Non 

Si oui, indiquez l'année : \_\_\_\_\_

**ALLERGIES**Allergies alimentaires : Oui  Non Allergie aux arachides : Oui  Non Fièvre des foies : Oui  Non Allergies à l'herbe à puces : Oui  Non Allergies aux piqûres d'insectes : Oui  Non Allergies aux animaux : Oui  Non Allergies à la pénicilline : Oui  Non Allergies à d'autres médicaments : Oui  Non Autres : Oui  Non 

Au besoin, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) pour contrôler ses allergies? Oui  Non 

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament?

 L'enfant lui-même. L'animateur de l'enfant. Toute personne adulte responsable.

Posologie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DISTRIBUTION DE MÉDICAMENT

Veillez noter que nous n'entreposons ni n'administrons aucun médicament.

Si votre enfant doit prendre un médicament et qu'aucune dérogation n'est possible en vertu de la prescription médicale, nous pouvons le distribuer\*, mais nous ne l'administrons pas. Il est important de rappeler que la distribution de médicaments prescrits demeure une **mesure exceptionnelle**.

\* **Distribuer un médicament** : Remettre un médicament prescrit à une personne afin qu'elle puisse le prendre elle-même.

Votre enfant a-t-il un médicament à prendre sans aucune dérogation possible en vertu de la prescription médicale? Oui  Non

Posologie :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si votre enfant doit prendre des médicaments dans une situation exceptionnelle, vous devrez, dès votre arrivée au camp, remplir un formulaire d'autorisation de distribution de médicaments ou nous remettre une autorisation écrite.

## COMMENTAIRES ET AUTRES PARTICULARITÉS MÉDICALES

### AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux nécessaires. Si la direction le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance (à mes frais) ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Les renseignements personnels seront recueillis, utilisés, conservés et détruits conformément aux exigences de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., ch. A-2.1).

Nom et prénom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

En signant la présente, j'autorise la direction du camp de jour à transporter mon enfant à bord d'une navette afin de le déplacer d'un lieu à un autre, selon les besoins de l'activité (terrains de soccer, jeux d'eau, crèmerie, etc.).

Nom et prénom du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Une fois complété, veuillez imprimer ce formulaire et le remettre en mains propres aux responsables du camp le premier jour.

Notez qu'il est important que ce formulaire soit complété rapidement, afin d'assurer la sécurité de votre enfant.

Ce formulaire est basé sur la fiche de santé distribuée par Bibliothèque et Archives Nationales du Québec.

Renseignement : (450) 474-6954

[info@soccermascouche.com](mailto:info@soccermascouche.com)

[www.soccermascouche.com](http://www.soccermascouche.com)

