



## FICHE SANTÉ 2018

*Nous attendons ce document complété pour finaliser l'inscription de votre enfant. Ces informations demeureront confidentielles et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience camp réussi !*

### Photo

(Merci de joindre la photo de l'enfant dans votre envoi courriel)

Par souci de sécurité, étant un camp d'expédition, il est important d'avoir des informations précises sur l'état de santé de votre enfant. Le Camp Quatre Saisons (CQS) se réserve le droit de retourner un enfant chez lui si des informations pertinentes ont été omises volontairement ou si nous jugeons que nos programmes ne sont pas adaptés aux besoins de votre enfant.

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

*Remettre la carte d'assurance maladie ou une copie au responsable du camp au début du séjour*

### RÉPONDANT DE L'ENFANT

Mère : \_\_\_\_\_ Père : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### CONTACTS D'URGENCE (autre que parent / tuteur)

1) Nom : \_\_\_\_\_ 2) Nom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

### SITUATION DE SANTÉ (antécédents médicaux / besoins particuliers)

Souffre-t-il?	OUI	NON		OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Trouble de comportement Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Opposition	<input type="checkbox"/> Agressivité	
Trouble déficitaire de l'attention Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avec hyperactivité	<input type="checkbox"/> Sans hyperactivité	
Déficience Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Santé mentale Précisez: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autres : _____					
Précisez la sévérité de l'atteinte, fréquence des symptômes, traitement ou toutes informations pertinentes: (s'il est en attente d'un diagnostic, l'indiquer ici SVP):					

A-t-il été hospitalisé ou eu un accident ou subi une intervention chirurgicale ?  OUI  NON

Si oui, date \_\_\_\_\_ Description : \_\_\_\_\_

Est-il suivi régulièrement par un professionnel de la santé ?  OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

(dans professionnel de la santé est inclus : psychologue, psychiatre, chiropraticien, ostéopathe, etc.)

## MÉDICATION

Votre enfant prend-il des médicaments ? OUI  NON  Nom: \_\_\_\_\_

Pour traiter quoi ? : \_\_\_\_\_

Effets secondaires ? : \_\_\_\_\_

Autorisez-vous les personnes désignées par le CQS à administrer et selon la posologie appropriée:

1. Médicaments sous ordonnances ? OUI  NON  (*joindre une copie de la prescription avec cette fiche*)

2. Médicaments sans ordonnance en vente libre, si nécessaire, selon ses besoins ? OUI  NON   
(*exemple: Tylenol, Advil, Bénadryl, Sirop contre la toux, etc.*)

## VACCINATIONS

La vaccination de votre enfant est-elle à jour ? OUI  NON  Date du dernier vaccin DCT: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances ? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____	Précisez la sévérité : <input type="checkbox"/> Intolérance <input type="checkbox"/> Allergie légère <input type="checkbox"/> Allergie sévère <input type="checkbox"/> Allergie mortelle <input type="checkbox"/> Allergie si ingestion seulement <input type="checkbox"/> Allergie au contact
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même <input type="checkbox"/> Adulte responsable <input type="checkbox"/>	
Restrictions alimentaires (autres que des allergies) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :	
Troubles alimentaires ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :	

## COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Comment jugez-vous l'état de santé de votre enfant? Excellent  Bon  Faible

Votre enfant a-t-il une particularité, handicap, malaise, porte-t-il une prothèse ou autre, qui pourrait le rendre plus vulnérable à la pratique d'activité ? OUI  NON

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Si votre fille à ses menstruations pendant le séjour, à-t-elle des considérations particulières?

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Est-il à ses premières expériences de camping ? OUI  NON

Porte-t-il une veste de flottaison lors de la baignade ? OUI  NON

A-t-il le mal du transport ? OUI  NON

Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut participer ? OUI  NON

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il des habitudes de sommeil particulières ? (*somnambulisme, insomnie, pipi*) OUI  NON

Précisez : \_\_\_\_\_

Autres informations à propos de votre enfant dont vous aimeriez nous faire part ?

(*ex. changements importants récents dans la vie de famille, préoccupations particulières, etc.*)

---

---

---

---

## INFORMATIONS IMPORTANTES

Il est rare, mais possible que votre enfant soit déplacé dans un groupe d'âge différent que le sien (plus ou moins âgé) s'il n'y a pas suffisamment d'inscriptions au séjour choisit. Mais si tel est le cas, vous serez informés par courriel, dès que possible, avant le début de son séjour.

Étant un camp à vocation d'expéditions, il nous est impossible d'accueillir des enfants présentant certains besoins particuliers (*l'avis d'un professionnel de la santé pourrait vous être demandé lors de l'inscription*):

- Conditions médicales à risques (*allergies graves, diabète, épilepsie, asthme, etc.*).
- Déficiences importantes (*intellectuelle, motrice, auditive, visuelle, etc.*).
- Troubles graves de santé mentale (*anxiété, dépression, autisme, comportement dangereux, etc.*).

## POLITIQUE DE RENVOI

Le camp Quatre Saisons se réserve le droit de retirer un enfant du groupe, s'il juge qu'il ne bénéficie aucunement des activités et qu'il porte préjudice au groupe. Nous mettrons également fin au séjour advenant un non-respect des règlements, infractions graves ou répétées, attitudes ou comportements dangereux, possession d'alcool, de drogue et de tabac. Étant un milieu public de plein air, le CQS n'autorise pas la cigarette et la vapoteuse.

Si votre enfant est retiré de son groupe, vous vous engagez à venir le chercher dans les plus brefs délais (aucun remboursement n'est possible dans cette situation).

## AUTORISATIONS

J'autorise la direction du CQS et ses représentants à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. J'autorise également le transport de mon enfant par ambulance ou autrement (à mes frais) et à le faire admettre dans un établissement de santé. De plus, en cas d'urgence ou s'il est impossible de nous joindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du CQS à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp, je m'engage à transmettre cette information à la direction du CQS.

J'autorise le CQS à prendre des photos et des vidéos de mon enfant pendant son séjour et à les utiliser à des fins promotionnelles. ?  OUI  NON

Je reconnais avoir pris connaissance des informations importantes ci-haut ainsi que de la politique de renvoi et je m'engage à en informer mon enfant. J'atteste que les renseignements inscrits dans ce formulaire sont complets et véridiques.

\_\_\_\_\_  
Nom du répondant (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



## FICHE RECONNAISSANCE ET ACCEPTATION DES RISQUES

### RISQUES INHÉRENTS À L'ACTIVITÉ

Je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités qui font partie des programmes du Camp Quatre Saisons (CQS). Les risques reliés aux expéditions auxquelles mon enfant participera sont de façon plus particulière, mais non limitative :

- blessure due à une chute ou autre mouvement (entorse, foulure, fracture, etc.);
- blessure avec objet contondant ou coupant (branches, roche, matériel, etc.);
- froid ou hypothermie;
- blessure résultant de contact accidentel ou non entre les individus;
- allergies / contamination (alimentaires, plantes, insectes, Giardiase, etc.);
- contact avec l'eau ou noyade (lors d'activités aquatiques ou à proximité d'un cours d'eau);
- brûlure ou trouble dû à la chaleur;
- mesure d'hygiène en milieux sauvages

### CONFIRMATION DES RENSEIGNEMENTS ET ACCEPTATION DES RISQUES

J'atteste que les renseignements consignés dans les présentes fiches sont exacts, et cela, au meilleur de ma connaissance. Je certifie ne pas avoir délibérément omis de renseignements sur l'état de santé de mon enfant (pertinents ou non). Je suis conscient (e) que l'information contenue dans les présentes fiches est confidentielle et vise à mieux planifier et encadrer la sécurité des activités auxquelles participera mon enfant et qu'elle permettra au CQS de dresser un juste profil de ses participants. **Je suis conscient (e) que les activités offertes par le CQS se déroulent dans des milieux semi-naturels ou naturels possiblement accidentés qui, conséquemment, sont plus éloignés des services médicaux. Cet état de fait pourrait entraîner de longs délais lors d'une urgence nécessitant une évacuation, et par conséquent, une possible aggravation de l'état ou de la blessure de mon enfant.**

Ayant pris connaissance de ces risques et ayant eu l'occasion d'en discuter avec une personne responsable du CQS, je reconnais avoir été informé sur les risques inhérents aux activités et je suis en mesure que mon enfant entreprenne l'activité ou le séjour en TOUTE CONNAISSANCE DE CAUSE ET EN ACCEPTANT LES RISQUES que peut comporter ce séjour ou cette activité en pleine nature. **Le participant s'engage aussi à jouer un rôle actif dans la gestion de ces risques en adoptant une attitude préventive à son égard ainsi qu'à l'égard des autres personnes l'entourant.** Le moniteur se réserve le droit d'exclure toute personne, qu'il juge, représenter un risque pour elle (lui) ou pour le reste du groupe.

\_\_\_\_\_  
Nom du participant (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Nom du tuteur (en caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Signature du participant ou du tuteur  
(si le participant est âgé de moins de 16 ans)

\_\_\_\_\_  
date