

CAMP DE LA RELÂCHE DE LA VILLE DE BEDFORD

FICHE SANTÉ 2024

**Vous devez nous retourner la fiche santé par courriel à
adminloisirs@ville.bedford.qc.ca.
S.V.P. remplir une fiche par enfant.**

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT

Nom de l'enfant :		Sexe :	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Prénom :		Date de naissance :	/	/
Numéro d'assurance maladie :				

EPIPEN :

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le camp de la relâche de la ville de Bedford à administrer, en cas d'urgence, une dose d'adrénaline à mon enfant.

Signature du parent/tuteur

2. MÉDICAMENTS

J'autorise le personnel du camp de la relâche de la ville de Bedford à administrer à mon enfant, un médicament sous ordonnance.

J'autorise le personnel du camp de la relâche de la ville de Bedford à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre.

Cocher les médicaments :

- Acétaminophène (Tylenol, Tempra)
- Antiémétique (Gravol)
- Antihistaminique (Benadryl, Reactine)
- Anti-inflammatoire (Advil)
- Antibiotique en crème (Polysporin)

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

CAMP DE LA RELÂCHE DE LA VILLE DE BEDFORD

3. AUTORISATION

- Étant donné que le camp de jour de la ville de Bedford prendra des photos et (ou) des vidéos au cours des activités de mon enfant durant l'été, je l'autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du camp de jour de la ville de Bedford.
- J'accepte que dans le cadre des activités du camp de jour de la ville de Bedford, mon enfant soit véhiculé par un membre du personnel de la ville de Bedford qui détient un permis de conduire valide, à même son véhicule personnel.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période du camp de jour, je m'engage à transmettre cette information à la direction du camp de jour, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.
- En signant la présente, j'autorise le camp de jour de la ville de Bedford à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du camp de jour de la ville de Bedford le juge nécessaire, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.
- Je m'engage à collaborer avec la direction du camp de jour de la ville de Bedford et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités. J'ai pris connaissance du document Guide du parent 2024 et je m'engage à m'y conformer. J'ai discuté du document avec mon enfant, je lui ai expliqué en quoi consistent les mesures et je l'ai informé de l'importance de les respecter.

J'ai pris connaissance du présent document et j'en accepte le contenu.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

_____/_____/_____
Date