

Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant et retournez le formulaire complété à la Municipalité de Nouvelle avec votre formulaire d'inscription et la fiche d'évaluation des besoins (s'il y a lieu). Ces informations demeureront **confidentielles** et nous permettront de faire vivre à votre enfant une expérience de camp réussie! Seules les informations pertinentes seront divulguées à son animateur et son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.

## 1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		# Assurance maladie :	
Date de naissance :		Date d'expiration :	

## 2. BESOINS PARTICULIERS

L'équipe du Camp de jour de Nouvelle souhaite bien intégrer les enfants ayant des besoins particuliers. Les informations au sujet de votre enfant sont précieuses et nous permettront de mieux intervenir auprès de celui-ci. Au besoin, merci de compléter la fiche d'évaluation des besoins en annexe.

Votre enfant a-t-il des besoins particuliers pour favoriser sa bonne participation au camp? <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>
Si oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Consignes simples <input type="checkbox"/> Horaire régulier, stabilité, routine <input type="checkbox"/> Personne de référence, besoin de soutien dans la résolution de conflits <input type="checkbox"/> Conséquences prévisibles <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Besoin de moments calmes et paisibles <input type="checkbox"/> Besoin d'un encadrement personnalisé <input type="checkbox"/> Autre : _____
Je souhaite qu'on communique avec moi (parent ou tuteur) par téléphone pour expliquer les besoins : <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> Nom : _____ Téléphone : _____

## 3. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez : _____ _____ Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) : _____ _____	Précisez la sévérité : 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 <input type="checkbox"/>
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 : _____
Comment mange-t-il? Facilement <input type="checkbox"/> Difficilement <input type="checkbox"/> Peu d'appétit <input type="checkbox"/>	

#### 4. MÉDICATION

Pour être conforme à la loi et nous permettre d'administrer la médication, vous **devez** joindre une copie de la prescription de médication avec ce formulaire.

Votre enfant doit-il prendre des médicaments au camp? Oui  Non  Si oui, compléter ce tableau :

Nom du médicament	Prescrit pour	Posologie	Effets secondaires et/ou contre-indications (exposition au soleil, hydratation, appétit, etc.)
Votre enfant peut-il prendre son ou ses médicament(s) lui-même?			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Précisez :
Doit-il les prendre avec de la nourriture ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Précisez :
Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, lequel(s) : _____			Prescrit(s) pour : _____ _____

#### 5. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> Constipation	
<input type="checkbox"/> Diarrhée	
<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Mal des transports	
<input type="checkbox"/> Maux de têtes/migraines fréquents	
<input type="checkbox"/> Menstruations	
<input type="checkbox"/> Nausées fréquentes / Vomissements	
<input type="checkbox"/> Otites fréquentes	
<input type="checkbox"/> Pipi au lit	
<input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques	
<input type="checkbox"/> Problèmes cutanés	
<input type="checkbox"/> Saignement de nez	
<input type="checkbox"/> Sinusites	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave?
<input type="checkbox"/> Varicelle	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oreillons	Date : _____ Raison : _____
<input type="checkbox"/> Scarlatine	Résultats : _____
<input type="checkbox"/> Rougeole	A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) :	Maladies chroniques ou récurrentes? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vaccins à jour? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____

Vue : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Lunettes / verres de contact <input type="checkbox"/> Cécité <input type="checkbox"/> Guide-accompagnateur <input type="checkbox"/> Canne blanche	Audition : <input type="checkbox"/> Excellente <input type="checkbox"/> Suffisante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Appareils auditifs (deux oreilles) <input type="checkbox"/> Oreille droite uniquement <input type="checkbox"/> Oreille gauche uniquement
--	--

## 6. CAPACITÉS AQUATIQUES

Autonomie dans l'eau : <input type="checkbox"/> Nage seul en eau profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde <input type="checkbox"/> Nage seul en eau peu profonde	<input type="checkbox"/> Besoin d'accompagnement <input type="checkbox"/> Ne sait pas nager <input type="checkbox"/> Doit porter des bouchons * Si l'enfant est épileptique, discutez avec le camp du port du VFI
A-t-il suivi un cours de natation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Dernier niveau de natation complété : _____

7. 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.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8. AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le Camp de jour de Nouvelle 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 Nouvelle (Municipalité de Nouvelle).
- 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 Nouvelle à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la direction du Camp de jour de Nouvelle 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 Nouvelle et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

\_\_\_\_\_  
 Prénom et nom du parent ou tuteur (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
 Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
 Date