

**FICHE SANTÉ**

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ENFANT**

\_\_\_\_\_

Prénom et nom de l'enfant

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone

\_\_\_\_\_

Date de naissance

\_\_\_\_\_

Âge

\_\_\_\_\_

Sexe      F                  M

\_\_\_\_\_

No assurance-maladie

\_\_\_\_\_

Date d'expiration

\_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS**

\_\_\_\_\_

Nom du père

\_\_\_\_\_

Nom de la mère

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Ville

\_\_\_\_\_

Code postal

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone travail

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone travail

\_\_\_\_\_

Adresse courriel

\_\_\_\_\_

Adresse courriel

\_\_\_\_\_

**EN CAS D'URGENCE**

Personne à joindre en cas d'**urgence** :

Père et mère                  Mère                  Père                  Tuteur

Deux autres personnes à joindre en cas d'**urgence** :

\_\_\_\_\_

Prénom et nom

\_\_\_\_\_

Prénom et nom

\_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone (autre)

\_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire

\_\_\_\_\_

Téléphone (autre)

\_\_\_\_\_

**PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER MON ENFANT**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CONDITION MÉDICALE**

Votre enfant a-t-il une maladie/condition médicale diagnostiquée? Oui      Non

Votre enfant prend-il des médicaments en lien avec cette condition médicale? Oui      Non

Si oui, noms des médicaments : \_\_\_\_\_

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

Devra-t-il prendre ses médicaments au service de garde? Oui      Non

Les prend-il lui-même? Oui      Non Précisez : \_\_\_\_\_

**\*Si votre enfant doit prendre des médicaments,** vous devrez, à votre arrivée au service de garde, remplir un formulaire d'autorisation de prise de médicament afin que les responsables puissent distribuer le médicament prescrit à votre enfant.

Un formulaire d'autorisation doit être rempli pour tous les médicaments, incluant ceux en vente libre (acétaminophène, Advil, etc.).

**ALLERGIES**

Votre enfant a-t-il des allergies?

Fièvre des foins Oui Non

Herbe à puce Oui Non

Piqûres d'insecte Oui Non

Animaux\* Oui Non

Médicaments\* Oui Non

Allergies alimentaires\* Oui Non

\*Précisez :  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

Oui Non

**À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE**

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline \_\_\_\_\_ à mon enfant.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Date

**AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES ( UTILISEZ LES ÉNONCÉS APPLICABLES À VOTRE SITUATION )**

Votre enfant sait-il nager? Oui      Non

Votre enfant a-t-il besoin de flotteurs, ballon dorsal, veste de flottaison? Oui      Non

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

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_



Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles sont transmises uniquement à son éducatrice afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

### NOM DE LA PERSONNE À QUI DOIT ÊTRE REMIS LE RELEVÉ 24

Nom	Prénom	NAS

\*Il est obligatoire de fournir le NAS pour produire le relevé 24.

### AUTORISATION DES PARENTS

- Étant donné que le service de garde de la Municipalité de Val-Alain prendra des photos et/ou vidéos au cours des activités de mon enfant, je les autorise à se servir de ce matériel en tout ou en partie à des fins promotionnelles. Tout le matériel utilisé demeurera la propriété du service de garde de la Municipalité de Val-Alain.
- Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant l'année scolaire, je m'engage à transmettre cette information à la responsable du service de garde.
- En signant la présente, j'autorise le service de garde de la Municipalité de Val-Alain à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la responsable du service de garde de la Municipalité de Val-Alain 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 les intervenants du service de garde de la Municipalité de Val-Alain et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
Date							

### SIGNATURES

Par la présente, je déclare avoir lu et compris le document *Règles et fonctionnement du service de garde de la Municipalité de Val-Alain 2024-20254* et qu'il fait partie intégrante du présent contrat.

Le fait de cocher cette case équivaut à la signature du parent.

A	A	A	A	M	M	J	J
Date							

Signature de la municipalité	Lieu	Date