

FICHE SANTÉ

K É N O

5020, rue Clément-Lockquell
Saint-Augustin-de-Desmaures, Qc, G3A 1B3
t 418 872-9949 t 1 800 925-4198
info@campkeno.com
campkeno.com

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom: _____ Prénom: _____ M F Autre
Date de naissance: _____ / _____ / _____ Numéro d'assurance maladie: _____ Exp: _____ / _____
A A A A M M J J A A A A M M

IDENTIFICATION DES RESPONSABLES (PARENTS OU TUTEURS)

PREMIER RESPONSABLE

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse _____ Ville _____ Code postal _____

Tél.résidence _____ Tél.bureau _____ Cellulaire _____

Courriel : _____

Lien avec l'enfant (ex.: mère) : _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____
A A A A M M J J

DEUXIÈME RESPONSABLE

Adresse identique au premier responsable

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse (si différente) _____ Ville _____ Code postal _____

Tél.résidence _____ Tél.bureau _____ Cellulaire _____

Lien avec l'enfant (ex.: père): _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____ Sexe: M F NB
A A A A M M J J

Personne à joindre en cas d'urgence NE DOIT PAS ÊTRE LE PARENT

Les responsables sont toujours appelés en priorité. SVP indiquez le nom d'une autre personne à contacter en 3^e lieu et avisez cette personne qu'elle peut être contactée.

Nom: _____ Prénom: _____

Tel.(Joignable en journée): _____ Lien avec l'enfant (ex.: grand-mère): _____

AUTORISATION LORS DU DÉPART DE L'ENFANT

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Responsables inscrits au dossier (parents / tuteurs)

Autres : _____

SÉCURITÉ AQUATIQUE

La veste de flottaison est OBLIGATOIRE pour tous lors D'EXPÉDITION de canots et pour tous les enfants jusqu'à 7 ans inclusivement. Un test de nage sera imposé pour les jeunes de 8 à 12 ans.

Votre enfant a-t-il besoin d'une veste de flottaison individuelle lors de la période de baignade à la plage ? Oui Non

AUTRES INFORMATIONS

Votre enfant s-t-il des intolérances ou restrictions alimentaires (ex : végétarisme, restrictions d'ordre religieux, gluten, lactose) ?

Oui Non Si oui, précisez : _____

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires ou autres (ex: arachides, abeilles) ?

Oui Non Si oui, précisez : _____

Besoin d'un **auto-injecteur d'épinéphrine** (EpiPen ou autre)? Oui Non

Votre enfant souffre-t-il d'**asthme** ? Oui Non

Besoin de médication pour l'asthme ? Oui Non

Votre enfant souffre-t-il de **diabète** ? Oui Non

Votre enfant fait-il de l'**épilepsie** ? Oui Non Si oui, précisez : _____

FICHE SANTÉ

Nom et prénom de l'enfant: _____

Y a-t-il des **particularités à considérer au niveau de la santé** de votre enfant ou y aurait-il des **renseignements pertinents à connaître** à son sujet?
Ex : TDAH, TSA, trouble anxieux, trouble de l'humeur, trouble de l'alimentation, énurésie, trouble du sommeil, chirurgie, maladie chronique, blessure grave, saignement de nez etc.

Oui Non Si oui, précisez: _____

Est-ce que votre enfant a un plan d'intervention durant son année scolaire? Oui Non Si oui, précisez: _____

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui Non Si oui, précisez: _____
Pour quelle raison? _____

Votre enfant a-t-il reçu les vaccins prévus vers l'âge de 5 ans et 14-16 ans, qui incluent les **détours**? Oui Non

AUTORISATION MÉDICALE

J'autorise Kéno à faire en sorte que soient prodigués à mon enfant tous les soins nécessaires. Je l'autorise également à transporter 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 personnel médical 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.

J'autorise

AUTORISATION ADMINISTRATION DE MÉDICAMENT EN VENTE LIBRE

J'autorise le personnel du Camp de Vacances à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre selon la posologie recommandée. Notez qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des médicaments en vente libre. Il y en a à l'infirmerie et nous pourrions en administrer à votre enfant au besoin.

J'autorise

AUTORISATION IMAGES ET PROPOS

Des photos et des vidéos seront prises lors des activités du camp. Veuillez noter qu'il est possible que certaines images soient utilisées par Kéno à titre de souvenir ou à des fins d'information et de promotion. Je comprends qu'il est possible que mon enfant figure sur ces images. J'autorise Kéno, et éventuellement ses collaborateurs (ACQ, Ville de Québec, Ville de St-Augustin etc.) à se servir du matériel.

J'autorise

CONSENTEMENT

J'autorise Kéno à cocher l'entièreté de la section consentement de mon dossier Sport-Plus pour que je reçoive toutes les communications concernant les activités auxquelles mon enfant est inscrit. Je consens à ce qu'il communique avec moi par courriel individuel ou par téléphone et à recevoir l'infolettre qui contient des informations pertinentes sur les activités de Kéno

J'autorise Je n'autorise pas

CODE DE VIE

Je confirme avoir pris connaissance du Code de vie et l'avoir expliqué à mon enfant ; je comprends que le non-respect du code de vie pourrait entraîner des conséquences pouvant aller jusqu'à l'exclusion du camp.

Je confirme

GRANDEUR DE CHANDAIL

Faites votre choix parmi les suivants :

Taille Enfant : Small Médium Large Xlarge

Taille Adulte : Small Médium Large Xlarge XXLlarge

MISE À JOUR ANNUELLE

Pour la sécurité de mon enfant, je confirme avoir mis à jour le dossier de mon enfant au complet pour les activités de l'année 2025. **Cela inclut les validations suivantes:**

- Assurez-vous d'avoir identifié **2 adultes au dossier** pour vos enfants
- Vérifiez attentivement tous les numéros de téléphone
- Le contact "**EN CAS D'URGENCE**" doit être une autre personne que les parents

Oui

Date _____

Signature du parent / tuteur