FICHE SANTÉ

965, rue Valentin
Québec, Qc, G1W 4P8
t 418-872-9949 t 1 800 925-4198
infocv@campkeno.com
campkeno.com

KÉNO

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____ M☐ F☐ NB☐

Date de naissance : _____/_____/_____ (A A A A M M J J) Numéro d'assurance maladie : _____ Exp : _____/_____ (M M A A A A)

IDENTIFICATION DES RESPONSABLES (PARENTS OU TUTEURS)

Premier responsable

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse _____ Ville _____ Code Postal _____

Cellulaire _____ Tél. résidence _____ Tél. bureau _____

Date de naissance : _____/_____/_____ (A A A A M M J J) Lien avec l'enfant (ex. mère) : _____

Courriel : _____

Deuxième responsable

Adresse identique au premier responsable ☐

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse _____ Ville _____ Code Postal _____

Cellulaire _____ Tél. résidence _____ Tél. bureau _____

Date de naissance : _____/_____/_____ (A A A A M M J J) Lien avec l'enfant (ex. mère) : _____

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

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

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. (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

Pendant la baignade, les enfants de 7 ans et moins doivent porter une veste de flottaison.
Tous les jeunes de 8 ans et plus passent un test de nage en début de séjour pour déterminer s'ils peuvent se baigner sans veste à la plage.
La veste de flottaison est cependant **obligatoire pour tous** lors des activités nautiques et des expéditions.
En tenant compte de ces règles, **votre enfant aura-t-il besoin d'une veste de flottaison individuelle pour la baignade à la plage ?**

Oui ☐ Non ☐

AUTRES INFORMATIONS

Votre enfant a-t-il des **intolérances ou restrictions alimentaires** (ex. : végétarisme, restrictions d'ordre religieux, gluten, lactose) ?
Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez : _____

Votre enfant vit-il avec la **maladie cœliaque**? Oui ☐ Non ☐

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 fait-il de **l'asthme**? Oui ☐ Non ☐ Si oui, il est obligatoire de fournir les pompes d'asthme de votre enfant lors de son séjour, peu importe la fréquence et le moment d'utilisation.

FICHE SANTÉ

Nom et prénom de l'enfant: _____

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

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, sujet aux saignements de nez, vertige, etc.*
Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez : _____
Votre enfant prend-il des **médicaments** ? Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez : _____
Pour quelle raison : _____
Votre enfant a-t-il un plan d'intervention durant son année scolaire ?
Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez : _____
Votre enfant a-t-il reçu les **vaccins** prévus vers l'âge de 5 ans et 14-16 ans, qui incluent celui du **tétanos** ? 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.

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 pourrons en administrer à votre enfant au besoin.

J'autorise ☐

AUTORISATION ADMINISTRATION 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 ☐

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (LOI 25)

Conformément à la Loi 25 du Québec, notre entreprise s'engage à assurer la protection de vos renseignements personnels avec rigueur, transparence et respect. Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'inscription et à la prestation sécuritaire des activités offertes par l'organisme. Ils seront utilisés uniquement à ces fins et accessibles seulement aux personnes autorisées. La personne responsable du dossier peut en tout temps demander l'accès, la correction ou le retrait de vos renseignements en contactant notre service à la clientèle.

Je confirme avoir pris connaissance de l'énoncé ci-dessus ☐

CODE DE VIE

Je confirme avoir pris ou que je prendrai connaissance du *Code de vie* présent sur notre *site Internet dans la section info-parent* et **que je prendrai le temps de l'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 grandeurs suivantes :

Taille Enfant	Small ☐	Médium ☐	Large ☐		
Taille Adulte	Small ☐	Médium ☐	Large ☐	X-large ☐	XX-large ☐

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 2026.

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**

Je confirme ☐

Signature du parent / tuteur

Date