

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 f 418 872-1239
info@campkeno.com
campkeno.com

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom: _____ Prénom: _____ NB M F
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: ____/____/____ Sexe: M F NB
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

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: _____

Pour le Camp de jour seulement: Est-ce que votre enfant est autorisé à quitter seul? Oui Non

Inscrivez un mot de passe simple et facile à retenir qui vous sera demandé lorsque vous viendrez chercher votre enfant. **Le même mot de passe peut être utilisé par tous les membres de la famille.**

SÉCURITÉ AQUATIQUE

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

Note: Lors des périodes de baignade, le port de la veste de flottaison est obligatoire pour tous les enfants jusqu'à 6 ans inclusivement au Camp de jour et jusqu'à 7 ans inclusivement au Camp de vacances.

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 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

FICHE SANTÉ

Nom et prénom de l'enfant: _____

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 présente-t-il d'**autres troubles d'ordre médical** (ex. : épilepsie, sujet aux saignements de nez, vertige...) ?

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 de de l'humeur, de l'attention, de l'alimentation, énurésie, trouble du sommeil, chirurgie, maladie chronique, blessure grave, etc.

Oui Non

Si oui, précisez : _____

Si votre enfant fréquente le Camp de jour et qu'il présente des besoins particuliers qui pourraient nécessiter un accompagnement à ratio réduit ou une aide ponctuelle, nous vous invitons à consulter la section « intégration » de notre site internet ou à appeler au service à la clientèle au 418-872-9949

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 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, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, transfusion, injections, anesthésie, hospitalisation, etc.

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, à se servir du matériel.

J'autorise

COVID-19

En cochant cette case, je comprends et reconnais que Kéno appliquera sur ses sites les mesures sanitaires exigées par la DGSP et les autres autorités compétentes.

Dans un contexte de pandémie de COVID-19, le Camp Kéno déploie tous les efforts nécessaires afin de se conformer aux directives de la DGSP et des autres autorités compétentes, et d'ainsi préserver la santé et la sécurité des enfants et du personnel de minimiser le risque de contagion et de propagation du virus. Il est de la responsabilité de toute personne, notamment les campeurs et leurs parents ou tuteurs, de respecter les mesures de protection mises en place par le Camp Kéno.

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

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 2023. **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

Date de révision : 2022-12