



FICHE SANTÉ

Fiche d'évaluation des besoins

S.V.P. remplir une fiche par enfant

Ces informations demeureront **confidentielles**. Seules les informations pertinentes seront divulguées au surveillant et à son supérieur immédiat afin de permettre de meilleures interventions.
Complétez les sections qui sont applicables à votre enfant.

1. IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom :		Sexe :	
Nom de famille :		Date de naissance :	
Numéro assurance maladie :			

2. RÉPONDANTS POUR L'ENFANT

1 ^{er} parent/ tuteur à rejoindre en cas d'urgence		2 ^e parent ou tuteur à rejoindre en cas d'urgence	
Nom :		Nom :	
Téléphone	Rés. :	Téléphone	Rés. :
	Bur. :		Bur. :
	Cell. :		Cell. :

Deux autres personnes à joindre en cas d'URGENCE :	
Prénom et nom :	Prénom et nom :
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Téléphone (Rés.) :	Téléphone (Rés.) :
Téléphone (autre) :	Téléphone (autre) :

3. AUTORISATION DES PARENTS

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 coordonnatrice aux loisirs, qui fera le suivi approprié avec le surveillant de mon enfant.
En signant la présente, j'autorise les personnes désignées comme surveillants de la Municipalité de Sainte-Marcelline-de-Kildare à prodiguer les premiers soins à mon enfant. Si la coordonnatrice aux loisirs 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 coordonnatrice aux loisirs de la Municipalité de Sainte-Marcelline-de-Kildare et à venir la rencontrer si le comportement de mon enfant nuit au bon déroulement des activités.

Nom du parent ou tuteur (lettres moulées)

Signature du parent ou tuteur

Date de la signature _____ Autorisation valable du _____ au _____

Veuillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à la direction et au surveillant ou à toutes autres personnes impliquées (intervenants ou partenaires autorisés) afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

4. DIAGNOSTIC ET BESOINS PARTICULIERS

Cochez ce qui est applicable :

☐ Déficience intellectuelle	☐ Légère ☐ Moyenne ☐ Sévère Précisez :
☐ Trouble du spectre de l'autisme (TSA)	Besoins spécifiques (lumières tamisées, sons pas trop forts, etc.), précisez :
☐ Déficience motrice	Précisez :
☐ Déficience visuelle	Précisez :
☐ Déficience auditive	Précisez :
☐ Trouble langage-parole	☐ Expression ☐ Compréhension ☐ Mixte Précisez :
☐ Trouble déficitaire de l'attention (TDA/TDAH)	☐ Avec hyperactivité ☐ Sans hyperactivité Précisez :
☐ Santé mentale	☐ Anxiété ☐ Trouble de l'attachement ☐ TOC ☐ Dépression Autres, précisez :
☐ Trouble du comportement	☐ Opposition ☐ Agressivité ☐ Passivité Autres, précisez :
☐ Diabète	Précisez :
☐ Épilepsie	Précisez :
☐ Autre(s) (Trisomie 21, etc.)	Précisez :

5. ALLERGIES, INTOLÉRANCES ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Allergies et/ou intolérances? (alimentaires, animaux/insectes, médicaments, autres) Oui ☐ Non ☐ Précisez : _____ _____ Signes ou symptômes à surveiller : _____ _____	Précisez la sévérité : Intolérance ☐ Allergie légère ☐ Allergie sévère ☐ Allergie mortelle ☐ Allergie si ingestion seulement ☐ Allergie au contact ☐
Auto-injecteur d'Épinéphrine (Épipen, Twinject ou autre) Oui ☐ Non ☐	Personnes autorisées à l'administrer : L'enfant lui-même ☐ Adulte responsable ☐
Restrictions alimentaires (autres que des allergies)? Précisez : Oui ☐ Non ☐	
Comment mange-t-il ? Facilement ☐ Difficilement ☐ Peu d'appétit ☐	

6. 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, veuillez compléter l'annexe Autorisation de prise d'un médicament.

Prend-t-il des médicaments durant l'année? Oui ☐ Non ☐ Si oui, lequel(s) : _____
Prescrit(s) pour : _____

7. SITUATION DE SANTÉ

Cochez ce qui est applicable :

Situation de santé	Précisions, actions à prendre, etc.
☐ Asthme	
☐ Constipation	
☐ Diarrhée	
☐ Eczéma	
☐ Mal des transports	
☐ Maux de têtes/migraines fréquentes	
☐ Nausées fréquentes / Vomissements	
☐ Otites fréquentes	
☐ Problèmes cardiaques	
☐ Problèmes cutanés	
☐ Saignement de nez	
☐ Sinusites	
A-t-il déjà eu les maladies suivantes?	
☐ Oreillons	☐ Scarlatine
☐ Rougeole	☐ Autres (préciser) :
☐ Varicelle	
A-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou vécu une maladie grave? Oui ☐ Non ☐ Date : _____ Raison : _____ Résultats : _____	
A-t-il déjà eu des blessures graves? Oui ☐ Non ☐	
Maladies chroniques ou récurrentes? Oui ☐ Non ☐	
Vaccins à jour? Oui ☐ Non ☐	Date du dernier vaccin DCT (Tétanos) : ____/____/____
Vue : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible ☐ Lunettes / verres de contact ☐ Cécité ☐ Guide-accompagnateur/chien-guide ☐ Canne blanche	Audition : ☐ Excellente ☐ Suffisante ☐ Faible ☐ Appareils auditifs (deux oreilles) ☐ Oreille droite uniquement ☐ Oreille gauche uniquement

8. COMPORTEMENTS ET INTÉRÊTS

Doit-on porter attention à certains comportements? Cochez ceux qui sont applicables :

A-t-il tendance à faire des crises? Oui ☐ Non ☐	Si oui, quels sont les signes précurseurs (agitation, isolement, etc.)?	Quelles sont les interventions efficaces à utiliser durant ces crises?

Initiales du parent confirmant la lecture :

A-t-il des phobies et/ou peurs ? Oui ☐ Non ☐	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ? (ex : animaux, eau, vertige, etc.)	
A-t-il des particularités sensorielles ? Oui ☐ Non ☐	Si oui lesquelles et comment intervenir à ce sujet ?	
A-t-il de la difficulté à exprimer ses besoins, ses sentiments, à demander de l'aide ou à amorcer une conversation? Oui ☐ Non ☐ Si oui, comment votre enfant s'exprime- t-il (pointer, mains animées, pictogrammes) ? _____ Quel est le meilleur moyen pour communiquer avec votre enfant (verbalement, pictogrammes, horaire, mains animées): _____	S'adapte-t-il facilement aux changements, à de nouvelles personnes, activités, expériences? Oui ☐ Non ☐	
Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (ignorer, faire de l'humour, rediriger, etc.)
☐ Agressivité envers lui-même		
☐ Agressivité envers les autres		
☐ Anxiété		
☐ Automutilation		
☐ Fugues		
Comportement	Dans quels contextes ces comportements ont-ils tendance à surgir?	De quelle façon suggérez-vous d'intervenir ? (ignorer, faire de l'humour, rediriger, etc.)
☐ Habitudes ou manies particulières (Acceptées ou non)		
☐ Autres (précisez)		
Relation avec les autres - Comment interagit-il avec :		
Ses pairs		
Les détenteurs d'autorité		

Les nouvelles personnes	
-------------------------	--

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.) _____

Autres renseignements nous permettant de mettre en place des services ou des mesures facilitant une meilleure participation de l'enfant (ex. : horaire imagé, pauses, périodes de repos etc.) : _____
