

Camp de gymnastique

Fiche personnelle de l'enfant



Renseignements sur l'enfant

Prénom : _____ Nom : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : ____/____/____ Âge : ____ Sexe : F ☐ M ☐

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Tél. résidence : _____ - _____

Numéro d'assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Adresse courriel pour recevoir les communications : _____

Renseignements sur les parents/tuteurs

Nom de la mère : _____ Adresse (no et rue) : _____

Tél. résidence : _____ - _____ Tél. travail : _____ - _____ Cellulaire : _____ - _____

Nom du père : _____ Adresse (no et rue) : _____

Tél. résidence : _____ - _____ Tél. travail : _____ - _____ Cellulaire : _____ - _____

Personnes à rejoindre en cas d'urgence (autres que les parents/tuteurs) :

Nom : _____ Lien : _____ Tél. résidence : _____ - _____

Nom : _____ Lien : _____ Tél. résidence : _____ - _____

Précisions

Mon enfant sait nager correctement : ☐ oui ☐ non

Veuillez inscrire ici le nom des personnes autorisées à venir le chercher **en incluant le nom des parents/tuteurs**.

PRÉNOM ET NOM	LIEN PARENTÉ	TÉLÉPHONE

De plus, je m'engage à informer les responsables **par écrit ou par téléphone** de toute modification dans cette liste.

EN AUCUN CAS, VOUS NE DEVEZ LAISSER PARTIR MON ENFANT AVEC :

_____ sous l'ordre de la cour (photocopie obligatoire).

Nom de la personne

VOIR PAGE SUIVANTE

Fiche santé

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé? Précisez :

Allergies alimentaires : _____

Allergies aux médicaments : _____

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

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ? ☐ oui ☐ non

Si oui, précisez : _____

Mon enfant a des problèmes médicaux ou des particularités tels handicap physique, TDAH, autisme, etc. : _____

Mon enfant doit prendre des médicaments : oui ☐ (veuillez compléter la décharge de médicaments)

non ☐ (passez à la partie "Autorisations")

Décharge de médicaments et/ou dose d'adrénaline (s'il y a lieu)

Mon enfant prendra : ☐ régulièrement ☐ au besoin

Nom du médicament prescrit : _____

Dose prescrite : _____

Horaire d'administration : _____

Spécification : _____

J'autorise les responsables de mon enfant à lui administrer son médicament conformément aux directives mentionnées ci-haut, durant les heures du Camp de gymnastique. De plus, je décharge de toute responsabilité l'administrateur des conséquences d'une éventuelle réaction à ce médicament; oui ☐ non ☐

J'autorise les personnes désignées par le camp à administrer à mon enfant, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline de type : _____, oui ☐ non ☐

Signature du parent : _____

Autorisations et engagements

J'autorise mon enfant à :

- se déplacer à pied d'un site d'activités à un autre, sous la supervision des animateurs
- prendre l'autobus ou un véhicule privé d'un membre de l'organisation pour les activités, les sorties spéciales et les déplacements imprévus; oui ☐ non ☐

J'autorise les responsables du Club Magny-Gym **et/ou** les animateurs :

- prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence oui ☐ non ☐
- utiliser des photos d'activités et des vidéos où mon enfant pourrait figurer à des fins publicitaires oui ☐ non ☐

Je m'engage à transmettre à la responsable du Club Magny-Gym toute modification pouvant survenir au cours de l'été concernant l'état de santé de mon enfant.

Je m'engage, en mon nom personnel et au nom de mon enfant, à respecter les consignes sanitaires imposées et à utiliser la procédure prescrite à toutes les présences de mon enfant aux activités (ex. : signature du *Registre de fréquentation des lieux*)

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____