

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	OUI	NON
Votre enfant sait-il nager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant mouille-t-il son lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant est-il somnambule ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il des restrictions pour certaines activités ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____ _____ _____		
Votre enfant présente-t-il des comportements émotionnels particuliers ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez : _____ _____		
Votre enfant a-t-il reçu un diagnostic pour : <input type="checkbox"/> TDAH * <input type="checkbox"/> TDA * <input type="checkbox"/> DI* <input type="checkbox"/> SGT * <input type="checkbox"/> TSA * <input type="checkbox"/> TOC * <input type="checkbox"/> Anxiété généralisée <input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Troubles de langage <input type="checkbox"/> TC * <input type="checkbox"/> TGC * <input type="checkbox"/> Troubles moteurs <input type="checkbox"/> Autres (Précisez) : _____ *svp remplir le formulaire de renseignements supplémentaires pour nous aider à mieux connaître votre enfant.		

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX		
Votre enfant a-t-il déjà eu l'une des maladies suivantes: <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Otite à répétition <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ Informations importantes concernant les maladies cochées : _____ _____ _____		
ALLERGIES	OUI	NON
Piqûres d'insectes *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicaments*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intolérances alimentaires*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre enfant a-t-il une dose d'adrénaline (Epipen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Précisez l'allergie et les détails de celle-ci (sévérité et symptômes) _____ _____ _____		
VACCINS		
Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants: <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> A(H1N1)		

MÉDICAMENTS											
J'autorise le personnel du P'tit Bonheur à administrer à mon enfant des médicaments en vente libre, selon la posologie appropriée: <input type="checkbox"/> Acétaminophène (tylenol) <input type="checkbox"/> Ibuprofène (advil) <input type="checkbox"/> Diphenhydramine (Bénadryl) <input type="checkbox"/> Dimenhydrinate (gravol) <input type="checkbox"/> Sirop contre la toux	Votre enfant doit-il prendre des médicaments pendant le camp ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nom des médicaments :</th> <th>Posologie :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nom des médicaments :	Posologie :								
Nom des médicaments :	Posologie :										

AUTORISATION PARENTALE ET POLITIQUES	
<ul style="list-style-type: none"> J'accepte les politiques du P'tit Bonheur et j'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Camp de jour du P'tit Bonheur. Par la présente, je certifie que les renseignements fournis sur la fiche médicale de mon enfant sont exacts et j'autorise le personnel du camp à donner les médicaments et soins médicaux appropriés et à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un professionnel de la santé. Dans l'impossibilité de nous joindre j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état (interventions chirurgicales, transfusions, anesthésies, injections ou hospitalisation). Je m'engage par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant. J'accepte également, le retour hâtif de mon enfant à la maison sans aucun remboursement, pour des raisons de mauvais comportement, de possession et consommation de drogue, ou autres raisons jugées sérieuses par la direction. Un enfant peut également être retourné à la maison pour des raisons de contagion. En cas d'annulation avant le début du camp, la totalité sera remboursée à l'exception du dépôt. J'autorise les œuvres du Père Sablon à utiliser des photos ou films de mes enfants pris lors de leurs séjours à des fins publicitaires. Si non, cochez ici : <input type="checkbox"/> 	
Signature du parent / tuteur : _____	Date : _____