



# FICHE RENSEIGNEMENTS

Activité des jeunes (enfants 6 ans et plus)



**À remplir obligatoirement pour chaque enfant participant (avec ou sans déficience) et à nous retourner avec votre formulaire d'inscription.**

## IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sexe : M \_\_\_ F \_\_\_  
JOUR MOIS ANNÉE

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

N° d'assurance maladie \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS

Votre enfant prend-il des médicaments? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, vous devez obligatoirement remplir la section « Fiche médicaments » à la page 2.

Frères et sœurs aussi présents à l'activité (nom complet et âge) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DÉFICIENCE VISUELLE

Votre enfant présente-t-il une déficience visuelle? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Déficience visuelle de l'enfant : \_\_\_\_\_

Degré de vision : Voyant \_\_\_ Semi-voyant \_\_\_ Cécité \_\_\_

Aide à la mobilité : Canne blanche \_\_\_ Aucune \_\_\_

Précisions concernant la vision (Comment voit-il? Quelles sont ses limites?) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## SPÉCIFICATIONS

Autre déficience (auditive, physique, intellectuelle, autres)? (Si oui, expliquer) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Maladies et/ou allergies? (Si oui, expliquer) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il une dose d'adrénaline (EpiPen, Ana-Kit)? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, votre enfant doit obligatoirement l'avoir avec lui lors de l'activité.

Votre enfant a-t-il des contraintes pour certaines activités? (Si oui, expliquer) : \_\_\_\_\_

Autres particularités (diète spéciale, prothèses, blessure grave, trouble de comportement)?

(Si oui, expliquer) : \_\_\_\_\_

### FICHE MÉDICAMENTS

Le participant a-t-il une diète spéciale en raison de ses médicaments? (Si oui, expliquer) : \_\_\_\_\_

	Nom du médicament	Posologie
<b>MATIN</b>	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
<b>MIDI</b>	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
<b>SOIR</b>	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
<b>COUCHER</b>	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Qui est autorisé à conserver et administrer les médicaments :

L'enfant lui-même \_\_\_ Toute personne adulte responsable \_\_\_

Identification du parent : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

*Cette fiche de renseignements nous permet de mieux connaître la situation de votre enfant/jeune (maladie, allergie ou autre) afin de prévenir tout incident lors des activités. Nous tenons à vous rappeler l'importance d'avoir en main ses renseignements essentiels pour intervenir rapidement et adéquatement en cas d'urgence. Nous vous invitons donc à prendre le temps de bien lire les champs et à les remplir afin de fournir toutes les informations requises. Les renseignements doivent être exacts et complets. **Merci de votre collaboration!***