

Organisation des Terrains de jeux

Fiche médicale

Veillez répondre le plus précisément possible afin de mieux assurer la sécurité de l'enfant.
Ces renseignements demeureront confidentiels et seront détruits à la fin de la saison des Terrains de jeux.

**CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ, SIGNÉ
ET APPORTÉ AU SERVICE DES LOISIRS LORS DE L'INSCRIPTION**

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

(le participant doit avoir 5 ans ET avoir terminé la maternelle)

Nom : _____ Prénom : _____

Âge (au 23 juin 2026) : _____ ans Date de naissance :

Année						Mois					Jour								

N° d'assurance maladie :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Date d'expiration :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Grandeur de chandail : _____ Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon ☐ X

IDENTIFICATION DES PARENTS/TUTEURS

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone maison : _____ Cellulaire : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Lien avec l'enfant : _____

Téléphone maison : _____ Cellulaire : _____

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que les parents/tuteurs)

Nom : _____ Prénom : _____

Cellulaire : _____ Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Cellulaire : _____ Lien avec l'enfant : _____

À LA FIN DE LA JOURNÉE, L'ENFANT DOIT :

☐ Partir seul ☐ Vous attendre ☐ Rester à l'entre-jeux (si inscrit)

Autorisez-vous des personnes autres que les parents/tuteurs à venir chercher l'enfant?

☐ Oui ☐ Non

Si d'autres personnes sont autorisées à venir chercher l'enfant, veuillez les identifier.

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT

Problèmes		Médicaments	Allergies		Médicaments
☐	Otite		☐	Rhume des foin	
☐	Convulsions		☐	Herbe à puce	
☐	Diabète		☐	Piqûre d'abeille	
☐	Hyperactivité		☐	Pénicilline	
☐	Asthme		☐	Alimentaires (précisez) :	
☐				-	
☐				-	

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen) en raison de ses allergies?

☐ Oui ☐ Non

À SIGNER SI VOTRE ENFANT A UNE DOSE D'ADRÉNALINE

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par les Terrains de jeux de la Ville de Matagami à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline _____ à mon enfant.

Signature :

L'enfant présente-t-il des difficultés comportementales? Si oui, décrire :

L'enfant a-t-il reçu un diagnostic ou est-il en attente d'un diagnostic? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez :

Autres commentaires ou recommandations :

Si des modifications concernant l'état de santé de mon enfant survenaient avant le début ou pendant la période des Terrains de jeux, je m'engage à transmettre cette information à la direction des Terrains de jeux, qui fera le suivi approprié avec l'animateur de mon enfant.

☒ Oui ☐ Non

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____ Date :

Année			Mois		Jour