

FICHE-SANTÉ

- INFORMATION MÉDICALE -

POUR LES ENFANTS DE 13 ANS ET MOINS

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR UN PARENT

VEUILLEZ COCHER À QUEL(S) PROGRAMME(S) VOTRE ENFANT EST INSCRIT :

CAMP DE JOUR RÉGULIER SERVICE DE GARDE SORTIES EN FOLIE

ENFANT : INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM ET PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ ÂGE : _____

NUMÉRO DE CARTE D'ASSURANCE MALADIE : _____ DATE EXPIRATION : _____ SEXE : M F

NOM DU PARENT RESPONSABLE : _____ MAISON : _____
 TRAVAIL : _____ POSTE : _____ CELLULAIRE : _____ TAILLE : _____

NOM DU 2^E PARENT : _____ MAISON : _____
 TRAVAIL : _____ POSTE : _____ CELLULAIRE : _____ POIDS : _____

EN CAS D'URGENCE : PERSONNE(S) À CONTACTER

① NOM : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____
 ADRESSE : _____ MAISON : _____
 TRAVAIL : _____ POSTE : _____ AUTRES (CELLULAIRE) : _____

② NOM : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____
 ADRESSE : _____ MAISON : _____
 TRAVAIL : _____ POSTE : _____ AUTRES (CELLULAIRE) : _____

ENFANT : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET AUTRES

VOTRE ENFANT PRÉSENTE-T-IL UNE MALADIE OU UN HANDICAP? EST-IL ALLERGIQUE À UN MÉDICAMENT? A-T-IL UN OU DES COMPORTEMENTS NÉCESSITANT UNE ATTENTION PARTICULIÈRE? S'IL VOUS PLAÎT, RÉPONDRE AUX QUESTIONS ET VEUILLEZ INDIQUER TOUTE INFORMATION VOUS PARAÎSSANT PERTINENTE (SYMPTÔMES, MÉDICATIONS, TRAITEMENTS, ETC.).

MON ENFANT A : ☆ SI OUI, VEUILLEZ PRÉCISER. ☆

- UNE ALLERGIE (PÉNICILLINE, IODE, ETC.) : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- UN HANDICAP (PHYSIQUE, INTELLECTUEL) : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- UNE MALADIE CONNUE (ASTHME, DIABÈTE, ETC.) : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- UN PROBLÈME AUDITIF : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- UN PROBLÈME MOTEUR : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- UN PROBLÈME VERBAL : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- UN PROBLÈME VISUEL : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- IL PORTE DES PROTHÈSES : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- IL PREND UN MÉDICAMENT : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- IL POSSÈDE UN CASQUE ET UN VÉLO : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

- IL PORTE UNE VFI À LA PISCINE : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

MALADIES CONTAGIEUSES

- IL A DÉJÀ EU COCHEZ S'IL Y A LIEU : COQUELUCHE OREILLONS SCARLATINE ROUGEOLE VARICELLE

- IL A DÉJÀ EU UN VACCIN ANTI-TÉTANOS : OUI NON ☞ PRÉCISEZ LA DATE : _____

- AUTRE(S) ☞☞☞ PRÉCISEZ : _____

AIMERIEZ-VOUS NOUS FAIRE PART D'UN TRAIT PARTICULIER DE VOTRE ENFANT QUI NOUS PERMETTRAIT D'ACCROÎTRE LA QUALITÉ DE NOTRE INTERVENTION À SON ENDROIT (ANXIÉTÉ, VERTIGE, RISQUE D'INSOLATION AU SOLEIL, HYPERACTIVITÉ, DÉFICIT D'ATTENTION, ETC.)?

HÔPITAL ET MÉDECIN

HÔPITAL ou CLINIQUE NOM : _____ MUNICIPALITÉ : _____ ☎ : _____

MÉDECIN ☞☞☞ NOM : _____ ☎ AUTRE : _____

SI VOUS AVEZ DÉJÀ COMPLÉTÉ UNE FICHE SANTÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE :

J'ai complété une fiche santé à la session « Printemps 2017 » et je confirme qu'il n'y a aucun changement à l'état de santé de mon enfant.

J'ai complété une fiche santé à la session « Hiver 2016 » et je confirme qu'il n'y a aucun changement à l'état de santé de mon enfant.

J'ai complété une fiche santé à la session « Automne 2016 » et je confirme qu'il n'y a aucun changement à l'état de santé de mon enfant.

J'ai complété une fiche santé à la session « Été 2016 » et je confirme qu'il n'y a aucun changement à l'état de santé de mon enfant.

En inscrivant son enfant au programme « Camp de jour », le parent ou l'adulte responsable autorise le personnel dudit programme à procéder à l'application de crème solaire sur son enfant, dans le cas où ce dernier est incapable de le faire adéquatement.

Je suis responsable d'informer immédiatement le SLCVC de tout changement relatif à l'état de santé ou à la prise de médication de mon enfant.

SIGNATURE : _____ DATE : _____