

FICHE-SANTÉ

POUR LES ENFANTS DE 14 ANS ET MOINS

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR UN PARENT

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

CAMP DE JOUR RÉGULIER CAMP DE JOUR ADO SERVICE DE GARDE SORTIES EN FOLIE

ENFANT : INFORMATIONS GÉNÉRALES

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

☎ : _____ ☎ EN CAS D'URGENCE : _____

NUMÉRO DE CARTE D'ASSURANCE MALADIE : _____ DATE EXPIRATION : _____

NOM DU PARENT RESPONSABLE : _____ ☎ : _____

SEXE : M F

TAILLE : _____

POIDS : _____

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

① NOM : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____

ADRESSE : _____

☎ MAISON : _____

☎ TRAVAIL : _____ POSTE : _____

☎ AUTRES (CELLULAIRE/PADGET) : _____

② NOM : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____

ADRESSE : _____

☎ MAISON : _____

☎ TRAVAIL : _____ POSTE : _____

☎ AUTRES (CELLULAIRE/PADGET) : _____

ENFANT : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET AUTRES

VOTRE ENFANT PRÉSENTE-T-IL UNE MALADIE OU UN HANDICAP? ÉST-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 PARAISSANT PERTINENTE.

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 LUNETTES : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : _____

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

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

MALADIES CONTAGIEUSES

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

☞ PRÉCISEZ : _____

- 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.)?

MON ENFANT SAIT :

- NAGER : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : TRÈS BIEN BIEN UN PEU PAS DU TOUT MON ENFANT A BESOIN D'UN GILET DE SAUVETAGE

- PÉDALER : OUI NON ☞ PRÉCISEZ : MON ENFANT POSSÈDE UN VÉLO MON ENFANT POSSÈDE UN CASQUE À VÉLO

HÔPITAL ET MÉDECIN

HÔPITAL ou CLINIQUE Nom : _____

MUNICIPALITÉ : _____

☎ : _____ ☎ AUTRE : _____

MÉDECIN ☞ ☞ ☞ Nom : _____

SIGNATURE : _____ DATE : _____