

FICHE-SANTÉ

- INFORMATION MÉDICALE -

POUR LES ENFANTS DE 13 ANS ET MOINS

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR UN PARENT ET À RETOURNER AU SLCVC : 270, AVENUE MARGUERITE-BOURGEOYS, SAINTE-MARIE (QUÉBEC) G6E 3Z3

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

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

ENFANT : INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM ET PRÉNOM : _____		DATE DE NAISSANCE : _____	ÂGE : _____
NUMÉRO DE CARTE D'ASSURANCE MALADIE : _____		DATE EXPIRATION : _____	SEXE : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOM DU PARENT RESPONSABLE : _____		MAISON : _____	TAILLE : _____
TRAVAIL : _____	POSTE : _____	CELLULAIRE : _____	
NOM DU 2 ^E PARENT : _____		MAISON : _____	POIDS : _____
TRAVAIL : _____	POSTE : _____	CELLULAIRE : _____	

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 INDICHER TOUTE INFORMATION VOUS PARAÎSSANT PERTINENTE (SYMPTÔMES, MÉDICATIONS, TRAITEMENTS, ETC.).

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

- UNE ALLERGIE (PÉNICILLINE, IODE, ETC.) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- UN HANDICAP (PHYSIQUE, INTELLECTUEL) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- UNE MALADIE CONNUE (ASTHME, DIABÈTE, ETC.) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- UN PROBLÈME AUDITIF :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- UN PROBLÈME MOTEUR :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- UN PROBLÈME VERBAL :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- UN PROBLÈME VISUEL :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- IL PORTE DES PROTHÈSES :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- IL PREND UN MÉDICAMENT :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- IL POSSÈDE UN CASQUE ET UN VÉLO :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____
- IL PORTE UNE VFI À LA PISCINE :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	☞ PRÉCISEZ : _____

MALADIES CONTAGIEUSES

- IL A DÉJÀ EU COCHEZ S'IL Y A LIEU :	<input type="checkbox"/> COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OREILLONS <input type="checkbox"/> SCARLATINE <input type="checkbox"/> ROUGEOLE <input type="checkbox"/> VARICELLE
- IL A DÉJÀ EU UN VACCIN ANTI-TÉTANOS :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 « Hiver 2020 » 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 2019 » 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 2019 » 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 : _____