



FICHE SANTÉ

PROGRAMMATION RÉGULIÈRE

PRINTEMPS 2023

POUR LES ENFANTS DE 13 ANS ET MOINS

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR UN PARENT

ENFANT : INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM ET PRÉNOM : _____		DATE DE NAISSANCE : _____	ÂGE : _____
☎ : _____		☎ EN CAS D'URGENCE : _____	SEXES : M ☐ F ☐
NUMÉRO DE CARTE D'ASSURANCE-MALADIE : _____		DATE EXPIRATION : _____	TAILLE : _____
NOM DU PARENT RESPONSABLE : _____		☎ : _____	POIDS : _____
ADRESSE COURRIEL : _____			

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

❶ NOM : _____	LIEN DE PARENTÉ : _____
ADRESSE : _____	☎ MAISON : _____
_____	☎ TRAVAIL : _____ POSTE : _____
_____	☎ AUTRES (CELLULAIRE) : _____
❷ 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 PARAISSANT PERTINENTE.

MON ENFANT A :			
- 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.)?

HÔPITAL ET MÉDECIN

HÔPITAL ou CLINIQUE	NOM : _____
	MUNICIPALITÉ : _____
☎ : _____	☎ AUTRE : _____
MÉDECIN ☞☞☞	NOM : _____

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 2022 » 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 2022 » 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 2022 » 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 2023 » et je confirme qu'il n'y a aucun changement à l'état de santé de mon enfant.

SIGNATURE : _____	DATE : _____
-------------------	--------------