

FICHE SANTÉ

PROGRAMMATION RÉGULIÈRE

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 : _____

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

NOM DU PARENT RESPONSABLE : _____ ☎ : _____

ADRESSE COURRIEL : _____

SEXE : M F

TAILLE : _____

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 PARAISSANT PERTINENTE.

MON ENFANT A :

- 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 LUNETTES :	<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 : _____

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 : _____

AVEZ DÉJÀ COMPLÉTÉ UNE FICHE SANTÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE?

- J'ai complété une fiche santé au cours de la dernière année et je confirme qu'il n'y a aucun changement à l'état de santé de mon enfant.
- J'ai complété une fiche santé au cours de la dernière année, mais il y a des changements à l'état de santé de mon enfant.
Le cas échéant, veuillez compléter à nouveau la fiche santé.
- Je n'ai pas complété une fiche santé au cours de la dernière année.
Le cas échéant, veuillez compléter la fiche santé.

SIGNATURE : _____ DATE : _____