

# 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 : \_\_\_\_\_