

# 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 :

HEURE DU CONTE EN VACANCES  LA BANDE ANIMÉE  CAMP DE JOUR RÉGULIER  CAMP DE JOUR SPÉCIALISÉ  SERVICE DE GARDE  SORTIES-FOLIE

## ENFANT : INFORMATIONS GÉNÉRALES

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_ ☎ EN CAS D'URGENCE : \_\_\_\_\_

SEXE : M  F

NUMÉRO DE CARTE D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_ DATE EXPIRATION : \_\_\_\_\_

TAILLE : \_\_\_\_\_

NOM DU PARENT RESPONSABLE : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_

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 ? 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 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 COCHÉZ 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 : \_\_\_\_\_