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 :

❑ CAMP DE JOUR RÉGULIER ❑ CAMP DE JOUR ADO ❑ SERVICE DE GARDE ❑ SORTIES EN 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

❶ NOM : _____ LIEN DE PARENTÉ : _____

ADRESSE : _____ ☎ MAISON : _____

_____ ☎ TRAVAIL : _____ POSTE : _____

_____ ☎ AUTRES (CELLULAIRE/PADGET) : _____

❷ 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 INDIQUER 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 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.)?

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 : _____