



Placez une photocopie
de la carte d'assurance-
maladie ici

FICHE DE SANTÉ

IDENTIFICATION DE L'ENFANT :

NOM: _____ PRÉNOM: _____

L'enfant demeure avec: père et mère mère père
(svp, encerclez la réponse appropriée)

Adresse du domicile: _____

Numéro rue app. Ville Code postal

_____ (no. de téléphone au domicile)

D'ASSURANCE MALADIE : _____ DATE D'EXP. : _____

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE: _____

_____ (no. de téléphone au domicile)

_____ (no. de téléphone au travail)

_____ (no. de cellulaire)

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE: _____

_____ (no. de téléphone au domicile)

_____ (no. de téléphone au travail)

_____ (no. de cellulaire)

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE:

_____ Lien avec l'enfant: _____

_____ (no. de téléphone au domicile)

_____ (no. de téléphone au travail)

_____ (no. de cellulaire)

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

(Encerchez les réponses appropriées)

ALLERGIE GRAVE : _____

(METTANT LA VIE EN DANGER) :

OUI

NON

AUTRE ALLERGIE : _____

De quelle façon l'allergie se manifeste-elle? enflure rougeur autre : _____

VACCINATION :

Est-ce que la vaccination de votre enfant est à jour? Oui Non

Si non : date du dernier vaccin pour le tétanos : _____

Votre enfant a-t-il été vacciné contre l'hépatite B ? Oui Non

(Encerchez la réponse appropriée) 1^{re} dose 2^e dose

MALADIES:

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il souffert d'un des problèmes suivants: (Encerchez)

- Asthme : Oui Non si oui : fréquence: _____
- Convulsions : Oui Non si oui: fréquence dernière crise :
- Maux de tête : Oui Non si oui : fréquence: _____
- Otites à répétitions : Oui Non porte-t-il des tubes? Oui Non
- Incontinence urinaire : Oui Non si oui : fréquence: _____
- Mesures à prendre : Pull-ups Médicaments Autre : _____
- Somnambulisme : Oui Non si oui : fréquence: _____
- Déficit d'attention : Oui Non si oui : AVEC ou SANS hyperactivité ?
- Est-ce que votre enfant porte des lunettes Oui Non
- lentilles cornéennes Oui Non

SECTION À REMPLIR POUR LES FILLES :

Est-ce que votre fille a eu ses premières menstruations? Oui Non

Est-elle informée sur le sujet? Oui Non

Est-ce qu'elle sait quoi faire au besoin? Oui Non

VOTRE ENFANT PEUT-IL PARTICIPER À TOUTES LES ACTIVITÉS? Oui Non

S'il y a des restrictions, précisez: _____

VOTRE ENFANT PREND-IL DES MÉDICAMENTS SUR UNE BASE RÉGULIÈRE?

Oui

Non

Si oui, précisez le nom du médicament et la dose : _____

Quels sont les médicaments que vous nous autorisez à donner à votre enfant en cas de fièvre, maux de tête, etc. _____

Y a-t-il quelque chose de particulier concernant la santé de votre enfant que nous devrions savoir : _____

**AVEC QUI AUTORISEZ-VOUS VOTRE ENFANT À QUITTER APRÈS LES RÉUNIONS:
(Obligatoire à remplir pour les castors et louveteaux)**

nom

prénom

lien de parenté

nom

prénom

lien de parenté

nom

prénom

lien de parenté

nom

prénom

lien de parenté

Les autres parents du co-voiturage

AUTORISATION SUPPLÉMENTAIRE POUR CAMPS ET SORTIES

J'autorise mon enfant à participer aux **camp**s et à **toutes les activités prévues**.

J'autorise les animateurs à prendre toutes les mesures qui seront jugées nécessaires pour consulter un médecin, recourir à ses soins pour la santé de mon enfant et le transport à l'hôpital par ambulance s'il y a urgence.

Il est laissé à la discrétion des animateurs de prendre les décisions qui s'imposent pour la santé et la sécurité de mon enfant.

Signature du parent: _____ Date: _____

MISE À JOUR ANNUELLE

Les renseignements de cette fiche médicale sont valides pour :

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____

l'année _____ Signature du parent: _____ Date: _____