

FICHE PERSONNELLE-SANTÉ



Informations sur l'enfant

Nom de l'enfant: _____ Prénom: _____

Âge à la date du séjour: _____ Sexe: _____ Date de naissance: ____/____/____
M J A

No carte d'assurance-maladie: _____ Expiration: _____

Informations sur les parents

Premier parent

Deuxième parent

Nom:	_____	_____
Prénom:	_____	_____
Adresse:	_____	_____
Ville:	_____	_____
Code postal:	_____	_____
Tél. Résidence:	_____	_____
Tél. Travail:	_____	_____

Urgence

S.V.P. Indiquer les noms et numéros de téléphone de 2 personnes que nous pouvons rejoindre EN TOUT TEMPS en cas d'urgence s'il nous est impossible de rejoindre les parents.

NOM ET PRÉNOM

LIEN DE PARENTÉ

TÉL. RÉSIDENCE

TÉL. TRAVAIL

En apposant ma signature sur ce formulaire, je certifie que les renseignements fournis sur l'historique médical de mon enfant, **au verso du formulaire**, sont exacts et j'autorise la direction à donner à mon enfant les soins médicaux ordinaires (médicaments et traitements mineurs) et, en cas d'urgence, à prendre les dispositions nécessaires recommandées par un médecin. Je m'engage, par le fait même, à défrayer le coût des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.

Signature du parent responsable: _____

Date: _____

VERSO DU FORMULAIRE À COMPLÉTER

Nom: _____

Prénom: _____

1. Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement?

OUI _____ NON _____

Si oui, de quoi s'agit-il et quelle est la posologie: _____

2. Votre enfant mouille-t-il son lit? OUI _____ NON _____

3. Votre enfant souffre-t-il d'allergie(s) alimentaire(s)?

Si oui, précisez: _____

4. Observations sur l'état de santé général de votre enfant:

indiquer si normal ou pas

Cœur: _____ Poumons: _____

Yeux: _____ Oreilles: _____

Nez: _____ Gorge: _____

Bouche: _____ Reins: _____

Peau: _____ Colonne vertébrale: _____

Expliquez si nécessaire: _____

5. Votre enfant souffre-t-il d'hernie, d'allergie, d'épilepsie, de diabète ou autre.

Si oui, précisez: _____

Médicament utilisé: _____

6. Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos?

OUI _____ NON _____ Si oui, en quelle année? _____

7. Votre enfant a-t-il un handicap? OUI _____ NON _____

Si oui, précisez sa nature: _____

8. Particularités à nous signaler sur le caractère ou le comportement de votre enfant: _____

9. Votre enfant a-t-il un frère ou une sœur qui séjourne en même temps que lui (elle)? OUI _____ NON _____