



## 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

#### MÈRE

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone  
Résidence: \_\_\_\_\_

Travail: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

#### PÈRE

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_

Téléphone  
Résidence: \_\_\_\_\_

Travail: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_