

Espace réservé à l'administration

N° personne (parent) : _____

N° personne (enfant) : _____

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Semaine

FICHE SANTÉ

Renseignements généraux

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Sexe : Masculin Féminin Age : _____ Date de naissance : _____
AAAA / MM / JJ

Numéro d'assurance maladie : _____ Expiration : / /

PHOTO DE L'ENFANT

La photo devrait être requise pour les enfants souffrant d'allergie et facultatives pour les autres

NOM DES PARENTS (TUTEUR), ADRESSE, DATE DE NAISSANCE ET TÉLÉPHONE

1) _____ Date de naissance : _____ maison : _____ travail : _____
AAAA / MM / JJ

Cellulaire : _____

2) _____ Date de naissance : _____ maison : _____ travail : _____
AAAA / MM / JJ

Cellulaire : _____

3) Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____

4) Adresse électronique _____

Coordonnées de deux personnes, autres que les parents ou tuteurs, à joindre en cas d'urgence.

Nom complet : _____ Nom complet : _____

Téléphone résidence : _____ Téléphone résidence : _____

Téléphone travail : _____ Téléphone travail : _____

Téléphone cellulaire : _____ Téléphone cellulaire : _____

Lien avec la famille : _____ Lien avec la famille : _____

Antécédents médicaux

Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale? OUI NON

Si OUI, veuillez spécifier la date et la nature de la chirurgie : Date : / /

Votre enfant a-t-il déjà subi des blessures graves? OUI NON

Si OUI, décrire : _____

Votre enfant a-t-il des maladies chroniques et récurrentes? OUI NON

Si OUI, décrire : _____

Votre enfant souffre-t-il :

Asthme OUI NON

Hernies OUI NON

Épilepsie OUI NON

Diabète OUI NON

Autre :

Préciser :

A-t-il des réserves pour la pratique de certaines activités?

OUI NON Si OUI, décrire :

Niveau en natation

Est-ce que votre enfant sait nager en eau profonde? OUI NON

Quel est son dernier niveau de natation réussi?

Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la piscine? OUI NON

Doit-il porter un vêtement de flottaison quand il va à la plage? OUI NON

Allergies

Allergies alimentaires OUI NON

Allergies aux arachides OUI NON

Fièvre des foins OUI NON

Herbe à puce OUI NON

Piqûres d'insectes OUI NON

Animaux OUI NON

Pénicilline OUI NON

Autres médicaments OUI NON

Autres allergies :

Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies?

OUI NON

Si OUI, votre enfant est-il autorisé à conserver et administrer ce médicament et selon quelle posologie?

OUI NON

Posologie :

Important : Votre enfant a-t-il certains problèmes de comportement que l'organisation devrait connaître afin de lui attribuer les services adéquats?

Si OUI, lesquels :

Commentaires et autres particularités médicales

AUTORISATION DES PARENTS

En signant la présente, j'autorise la direction du terrain de jeux de l'arrondissement de La Baie à prodiguer tous les premiers soins infirmiers nécessaires, je l'autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date : / /