

Fiche santé

Nom et prénom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

Répondants de l'enfant			
Père ou tuteur :		Mère ou tutrice :	
Nom et prénom : _____		Nom et prénom : _____	
Téléphone travail : _____		Téléphone travail : _____	
Cellulaire ou autre : _____		Cellulaire ou autre : _____	
Personne à contacter en cas d'urgence			
Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Autre : <input type="checkbox"/>	Nom et prénom : _____
			Téléphone : _____

Antécédents médicaux			
Votre enfant a-t-il déjà eu :		Oui	Non
1) une intervention chirurgicale?			
Si oui, précisez : _____			
2) la varicelle?			
3) la rougeole?			
4) la scarlatine?			
Votre enfant souffre-t-il :		Oui	Non
5) d'asthme?			
6) d'épilepsie?			
7) de diabète?			
8) de migraines?			
Votre enfant souffre-t-il d'allergie :		Oui	Non
9) rhume des foins?			
10) herbe à puce?			
11) piqûre d'insectes?			
12) animaux?			
Si oui, précisez : _____			
13) médicaments?			
Si oui, précisez : _____			
14) allergies alimentaires?			
Si oui, précisez : _____			
15) Votre enfant dispose-t-il d'une dose d'adrénaline en raison de ses allergies ?			
Médicaments / prothèse		Oui	Non
1) Est-ce que votre enfant prend des médicaments?			
Si oui, Lequel : _____ Posologie : _____			
2) Est-ce que votre enfant prend son médicament seul ?			
Si non, précisez : _____			
3) Votre enfant porte-t-il des prothèses? Si oui, précisez : _____			

Comportements	Oui	Non
1) Est-ce que votre enfant a des difficultés comportementales?		
2) Est-ce que votre enfant est timide?		
3) Est-ce que votre enfant a des problèmes de violence?		
4) Est-ce que votre enfant est impulsif?		
5) Est-ce que votre enfant est atteint d'un déficit d'attention?		
6) Est-ce que votre enfant a un trouble d'opposition?		
7) Autre, précisez : _____		
8) Si vous avez répondu oui à l'une des 7 questions ci-haut, s.v.p., faites une courte description. _____ _____		
9) Est-ce qu'il y a des interventions à privilégier? _____ _____		

Autres informations	Oui	Non
1) Votre enfant est-il suivi pendant l'année scolaire ? (T.E.S., T.S., CLSC, etc.) Si oui, précisez : _____		
2) Pouvons-nous contacter avec celui-ci? Si oui : Nom de la personne : _____ Numéro de téléphone : _____		
3) Y-a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer? Si oui, précisez : _____		

J'autorise le personnel du CCLCN à administrer, à mon enfant, si nécessaire, ces médicaments : (Le parent doit fournir ces médicaments préalablement)	Oui	Non
1) Acétaminophène (tylenol, tempra)		
2) Antihistaminique (benadryl, reactine)		
3) Anti-inflammatoire (advil)		
4) Sirop contre la toux		
5) Antibiotique en crème (polysporin)		
6) Autres : _____		

Par la présente, j'autorise les personnes désignées par le CCLCN à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline prescrite à mon enfant. **Initiales** : _____

Veillez prendre note que toutes les informations concernant l'état de santé de votre enfant demeureront confidentielles. Elles seront transmises uniquement à son animateur et à son responsable afin de permettre un meilleur encadrement ainsi qu'une intervention plus efficace en cas d'urgence.

Nom et prénom du parent ou tuteur

Signature du parent ou tuteur

Date