

FICHE SANTÉ - SECTEUR LOISIR

Veuillez remplir cette fiche santé si nécessaire et la remettre à la réception

IDENTIFICATION

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance ____/____/____ Âge ____ Cours _____

Numéro d'assurance-maladie de l'enfant _____

Nom des parents _____

Numéros de téléphone (rés.) _____ (bur.) _____ (cell.) _____

Autre personne à rejoindre en cas d'urgence _____

Nom et prénom	lien avec l'enfant	tél. résidence	cellulaire	Autre

Nom et prénom	lien avec l'enfant	tél. résidence	cellulaire	Autre

RENSEIGNEMENTS SANTÉ

Allergies / intolérances alimentaires

Votre enfant possède un doseur d'adrénaline (Épipen, Twinject, autre) Oui Non

Arachides/noix Poisson/fruits de mer, précisez s.v.p. _____

Produits laitiers Œufs Autre, précisez s.v.p. _____

Réactions possibles _____

Traitement _____

Appeler le 911 pour transfert immédiat à l'urgence.

Autres allergies

Médicament, précisez s.v.p. _____

Piqûre d'insectes, précisez s.v.p. _____

Pollen/plante/fleur, etc.

Réactions possibles _____

Traitement _____

Appeler le 911 pour transfert immédiat à l'urgence.

Autres problèmes de santé

Asthme

Votre enfant a besoin de médication (inhalateur, comprimé, etc.) Oui Non

Diabète Épilepsie Autres, précisez s.v.p. _____

Votre enfant prend régulièrement des médicaments prescrits par un médecin Oui Non

Précisez s.v.p. _____

Précisions ou recommandations supplémentaires si nécessaire _____

J'autorise les responsables de L'EDQ à fournir à mon enfant les soins nécessaires en cas d'urgence ou à procéder à son transfert à l'hôpital. Oui Non

Médecin traitant _____

Hôpital privilégié _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale _____

Date _____