

**PHOTO  
OBLIGATOIRE**

## FICHE SANTÉ

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) \_\_\_\_\_

Autres personnes 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.

[Tapez un texte]

**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 de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date