

Fiche santé – Service de surveillance de Lawrenceville

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT		
Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	Numéro d'assurance maladie :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Adresse :		Date d'expiration :
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Ville :	Code postal :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone :	Autre téléphone :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE		
Nom :	Lien :	Téléphone :
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SECTION 2 - INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT		
Votre enfant prend-t-il des médicaments? <input type="checkbox"/> Oui, remplir section 5 <input type="checkbox"/> Non		
Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères? <input type="checkbox"/> Oui, remplir section 6 <input type="checkbox"/> Non		
Veuillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :		
<input type="checkbox"/> Allergie légère : _____	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> lentilles
<input type="checkbox"/> Asthme : <input type="checkbox"/> pompe	<input type="checkbox"/> Troubles visuels :	<input type="checkbox"/> Appareil
<input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> insuline	<input type="checkbox"/> Troubles auditifs :	<input type="checkbox"/> Appareil d'appui
<input type="checkbox"/> Épilepsie	<input type="checkbox"/> Troubles moteurs :	<input type="checkbox"/> Dysphasie
<input type="checkbox"/> Eczéma	<input type="checkbox"/> Troubles de langage	
<input type="checkbox"/> Hyperactivité/TDAH	<input type="checkbox"/> Handicap physique : _____	
	<input type="checkbox"/> Handicap intellectuel : _____	
<input type="checkbox"/> Autres : _____		
Si vous avez coché une ou plusieurs cases plus haut, veuillez en faire une description détaillée de cette situation santé. (toutes les informations sont pertinentes pour la sécurité de votre enfant) Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, sa médication (voir tableau plus bas), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
SECTION 3 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT		
A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

SECTION 4 : SEULS LES MÉDICAMENTS PRESCRITS PAR UN SPÉCIALISTE DE LA SANTÉ SERONT ADMINISTRÉS					
Identification de la médication:					
Nom du médicament	Dose (nbre ou milligramme)	Heure du traitement	Couleur	Endroit d'application	Raison/maladie
Ex : RITALIN	2 capelets	10 h 30	Blanche	Avaler avec de l'eau	Hyperactivité
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

SECTION 5 : ALLERGIES GRAVES	
De quelle allergie souffre votre enfant? _____	
Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-kit) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament, et selon quelle posologie?	
<input type="checkbox"/> L'enfant lui-même (auto-administration)	
<input type="checkbox"/> Animateur de l'enfant	
<input type="checkbox"/> Toute personne adulte responsable (ex. : coordonnateur, gestionnaire, ambulanciers, etc.)	
POSOLOGIE : _____	
Autres informations : _____	

SECTION 6 - ATTESTATION ET AUTORISATION	
Légalement, aucun médicament ne peut être administré par le personnel. Le participant doit être capable de prendre seul ses médicaments. Cependant, nous autorisons le personnel à prendre toutes les mesures qu'il jugera nécessaires dans l'éventualité d'un problème de santé.	
Je dégage le Service de surveillance de Lawrenceville et ses employés de toutes responsabilités en lien aux soins prodigués à mon enfant.	

Fiche santé – Service de surveillance de Lawrenceville

J'autorise les responsables du service de surveillance à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence (premiers soins, ambulance, par exemple). Oui Non

Signature du parent

Date