

Fiche santé – Service de surveillance de Lawrenceville

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT					
Nom :		Prénom :		Sexe : F ☐ M ☐	
Date de naissance : 			Numéro d'assurance maladie : _____		
			Date d'expiration : _____		
Adresse :			Ville :		Code postal :
Téléphone :		Autre téléphone :			
AUTRE PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE					
Nom :		Lien :		Téléphone :	
SECTION 2 - INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT					
Votre enfant prend-t-il des médicaments? ☐ Oui, remplir section 5 ☐ Non					
Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères? ☐ Oui, remplir section 6 ☐ Non					
Veuillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :					
☐ Allergie légère : _____ ☐ Asthme : ☐ pompe ☐ Diabète : ☐ insuline ☐ Épilepsie ☐ Eczéma ☐ Hyperactivité/TDAH			☐ Troubles cardiaques ☐ Troubles visuels : ☐ Lunettes ☐ lentilles ☐ Troubles auditifs : ☐ Appareil ☐ Troubles moteurs : ☐ Appareil d'appui ☐ Troubles de langage ☐ Dysphasie ☐ Handicap physique : _____ ☐ Handicap intellectuel : _____		
☐ 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) <i>Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, sa médication</i> <i>(voir tableau plus bas), son médecin, interventions pratiquées lors d'une crise, etc.</i> 					
SECTION 3 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT					
A-t-il des difficultés relationnelles ou affectives? Oui ☐ Non ☐					
Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :					
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
Décrire les soins ou l'attention particulière à apporter :					
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 ☐ Non ☐					
Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament, et selon quelle posologie?					
☐ L'enfant lui-même (auto-administration) ☐ animateur de l'enfant ☐ 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. 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		