

# 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 :												
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>													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? <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"/> Handicap physique : _____											
<input type="checkbox"/> Hyperactivité/TDAH		<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)															
<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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>															
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 :															



# Fiche santé – Service de surveillance de Lawrenceville

## 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