

Fiche santé 2019 — SAE Bury

SECTION 1 — RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE ENFANT		
Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Numéro d'assurance maladie:		Expiration :
SECTION 2 — INFORMATION MÉDICALE SUR VOTRE ENFANT		
Votre enfant prend-t-il des médicaments ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Votre enfant souffre-t-il d'allergies sévères ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Veuillez identifier les allergies, malaises, maladies ou autres particularités :		
<input type="checkbox"/> Allergie légère : _____ <input type="checkbox"/> Asthme : <input type="checkbox"/> pompe <input type="checkbox"/> Diabète : <input type="checkbox"/> insuline <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Eczéma <input type="checkbox"/> Hyperactivité/TDAH	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques <input type="checkbox"/> Troubles visuels : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> lentilles <input type="checkbox"/> Troubles auditifs : <input type="checkbox"/> Appareil <input type="checkbox"/> trouble moteur : <input type="checkbox"/> Appareil d'appui <input type="checkbox"/> trouble de langage <input type="checkbox"/> Dysphasie <input type="checkbox"/> Handicap physique : _____ <input type="checkbox"/> Handicap intellectuel _____	
<input type="checkbox"/> Autres : _____		
<p>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)</p> <p><i>Exemple : Épilepsie : Type de crise, fréquence, durée, moment dans la journée, sa médication</i></p> <hr/> <p>Dans le cas où nous sommes incapables de communiquer avec toute personne énumérée ci-dessus, j'autorise la personne responsable du camp de jour à transporter cet enfant au bureau d'un médecin, au CLSC ou à l'hôpital pour des soins appropriés si, il ou elle est gravement blessée ou malade.</p>		
SECTION 4 : AUTRES INFORMATIONS SUR VOTRE ENFANT		
Peut-il fuguer ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Votre enfant sait-il nager ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Avec aide ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Mon enfant doit nager en tout temps avec : <input type="checkbox"/> Veste de flottaison / <input type="checkbox"/> bouée		
Souffre-t-il de phobie (peur) _____ et/ou de vertige ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Veuillez nous indiquer toutes informations pertinentes pour nous aider à mieux encadrer votre enfant :		
<hr/> <hr/>		

Signature du parent

Date