



# FICHE SANTÉ



NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ ÂGE : \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

|   |     | Description               | Questions  | Réponses  |
|---|-----|---------------------------|--|---|
| 1 | 1.1 | Intervention chirurgicale | Votre enfant a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale?       | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 1.2 |                           | Laquelle (date, raison) :  |   |
| 2 | 2.1 | Maladies                  | Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes?<br>- Varicelle | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 2.2 |                           | - Oreillons  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 2.3 |                           | - Scarlatine   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 2.4 |                           | - Rougeole   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 2.5 |                           | Autre (précisez) :   |   |
| 3 | 3.1 | Maux                      | Votre enfant souffre-t-il des maux suivants :<br>- Asthme          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 3.2 |                           | - Diabète  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 3.3 |                           | - Épilepsie  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 3.4 |                           | - Migraines  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 3.5 |                           | Autre (précisez) :   |   |
| 4 | 4.1 | Vaccins                   | Votre enfant a-t-il reçu les vaccins suivants?<br>- Tétanos        | Oui <input type="checkbox"/> Date : _____                 |
|   | 4.2 |                           | - Rougeole   | Oui <input type="checkbox"/> Date : _____                 |
|   | 4.3 |                           | - Rubéole  | Oui <input type="checkbox"/> Date : _____                 |
|   | 4.4 |                           | - Oreillons  | Oui <input type="checkbox"/> Date : _____                 |
|   | 4.5 |                           | - Polio  | Oui <input type="checkbox"/> Date : _____                 |
|   | 4.6 |                           | - DcaT   | Oui <input type="checkbox"/> Date : _____                 |
|   | 4.7 |                           | Autre (précisez) :   |   |
| 5 | 5.1 | Allergies                 | Votre enfant a-t-il des allergies?<br>- Fièvre des foins           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 5.2 |                           | - Herbe à puce   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 5.3 |                           | - Insectes<br>Lesquels :   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 5.4 |                           | - Animaux<br>Lesquels :  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 5.5 |                           | - Médicaments<br>Lesquels :  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|   | 5.6 |                           | - Aliments<br>Lesquels :   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

|  |     |                            |   |   |
|--|-----|----------------------------|---|---|
|  | 5.7 |                            | - Autres<br>Lesquels :  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 6                                      | 6.1 | Epipen, Ana-Kit            | Votre enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Épipen, Ana-Kit) en raison de ses allergies?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 6.2 |                            | Autorisez-vous les personnes désignées par les Loisirs St-Joseph à administrer, en cas d'urgence, la dose d'adrénaline à votre enfant?  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 7                                      | 7.1 | Administration médicaments | J'autorise le personnel des Loisirs St-Joseph à administrer à mon enfant, si nécessaire, un ou plusieurs médicaments sans ordonnance en vente libre. Cochez les médicaments : |   |
|  |     |                            | - Acétaminophène (Tyléno, Tempra)   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 7.2 |                            | - Antiémétique (Gravol)   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 7.3 |                            | - Antihistaminique (Bénadryl, Reactine)   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 7.4 |                            | - Anti-inflammatoire (Advil)  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 7.5 |                            | - Sirop contre la toux  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 7.6 |                            | - Antibiotiques en crème (Polysporin)   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 7.7 |                            | - Autre :   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 7.8 |                            | - Aucun   | <input type="checkbox"/>                                  |
| <b>AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES</b> |     |                            |   |   |
| 1                                      | 1.1 | Surveillance               | Votre enfant a-t-il besoin de surveillance constante dans l'eau? Si oui,  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 1.2 |                            | Précisez :  |   |
| 2                                      | 2.1 | Comportement               | Votre enfant présente-t-il des problèmes de comportement? Si oui,   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 2.2 |                            | Précisez :  |   |
| 3                                      | 3.1 | Manger                     | Votre enfant mange-t-il normalement? Si non,  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 3.2 |                            | Précisez :  |   |
| 4                                      | 4.1 | Prothèses                  | Votre enfant porte-t-il des prothèses? Si oui,  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 4.2 |                            | Précisez :  |   |
| 5                                      | 5.1 | Activités                  | Y a-t-il des activités auxquelles votre enfant ne peut pas participer ou seulement moyennant certaines conditions? Si oui,  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 5.2 |                            | Précisez :  |   |
| 6                                      | 6.1 | Menstruations              | Fille : A-t-elle commencé à être menstruée?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 6.2 |                            | Y a-t-il des considérations particulières à ce sujet?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|  | 6.3 |                            | Précisez :  |   |
|  | 6.4 |                            | A-t-elle été renseignée sur le sujet?   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

| <b>SERVICE DE GARDE</b> |     |            |   |   |
|-------------------------|-----|------------|---|---|
| 1                       | 1.1 | Matin      | Utiliserez-vous le SDG le matin<br>Heure d'arrivée : _____              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|                         | 1.2 | Midi       | Utiliserez-vous le SDG le midi  | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
|                         | 1.3 | Après-midi | Utiliserez-vous le SDG après le camp (15h30)<br>Heure de départ : _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_