

FICHE MÉDICALE :

NOM: _____

Numéro d'assurance-maladie _____ Expiration : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____

***** Vaccination : Les jeunes et les adultes doivent recevoir un rappel à tous les dix ans *****

Les vaccins d'enfants sont-ils à jour ? Oui Non

Votre jeune mouille-t-il son lit ? Oui Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle menstruée ? Oui Non

Si oui, est-elle au courant de ce qui lui arrive et des mesures à prendre ? Oui Non

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Attention spéciale requise : Oui Non

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1. ASTHME | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 18. MAUX DE VENTRE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 19. MENSTRUATION | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. CONJONCTIVITE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 20. OTITE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. CONVULSIONS | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 21. PALPITATIONS CARDIAQUES | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 5. DIABÈTE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 22. PERTE DE CONSCIENCE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 6. ÉPILEPSIE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 23. PEURS / PHOBIES | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 7. HANDICAP INTELLECTUEL | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 24. PROBLÈME CUTANÉ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 8. HANDICAP PHYSIQUE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 25. PROBLÈME DE COMPORTEMENT | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 9. HYPERACTIVITÉ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 26. PROBLÈME DIGESTIF | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 10. HYPERTENSION ARTÉRIELLE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 27. PROBLÈMES MUSCULAIRES | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 11. HYPERVENTILATION | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 28. PROBLÈMES NEUROLOGIQUES | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 12. HYPOGLYCÉMIE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 29. PROBLÈME VISUEL (LUNETTES) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 13. INCONTINENCE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 30. SAIGNEMENT DE NEZ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 14. INSOMNIE / CAUCHEMAR | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 31. SONAMBULISME | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 15. MALFORMATION CARDIAQUE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 32. TROUBLES AUDITIFS / SURDITÉ | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 16. MAUX DE DOS | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 33. TROUBLES RESPIRATOIRES | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 17. MAUX DE TÊTE | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | 34. AUTRES (spécifiez dans commentaires) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

COMMENTAIRES (AVEC NO DU PROBLÈME)

ALLERGIES

MÉDICAMENTS PRESCRITS

POSOLOGIE

Les antécédents médicaux limitent-ils les activités physiques de votre enfant ? Oui Non

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (APRÈS CEUX DE LA FICHE D'INSCRIPTION)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____ Code Postal : _____

Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

En cas d'urgence, j'autorise les responsables ou le personnel médical
à prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé de mon enfant.

Signature de l'autorité parentale : _____ Date _____