

FICHE DE SANTÉ DU JEUNE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant: _____ Prénom: _____

Date de naissance: JJ / MM / AA

No. d'assurance maladie: _____ exp: JJ / MM / AA

Adresse complète:

Nom des parents ou tuteurs à contacter en cas d'urgence:

1- _____ tél. maison _____ bureau _____

2- _____ tél. maison _____ bureau _____

Médecin traitant: _____ Tél. : _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Merci de répondre à chacune des questions et préciser s'il y a lieu.

L'enfant a-t-il déjà:

Subi une fracture, une luxation ou une entorse? **Oui** ☐ **Non** ☐

Précisez:

Ressenti des troubles respiratoires associés à l'effort? **Oui** ☐ **Non** ☐

Précisez: _____

Perdu connaissance, ressenti des étourdissements ou des douleurs thoraciques? **Oui** ☐

Non ☐

Précisez: _____

Souffert de problèmes reliés à la chaleur? **Oui** ☐ **Non** ☐

Précisez: _____

Été diagnostiqué pour une maladie chronique ou récurrente? **Oui** ☐ **Non** ☐

Précisez: _____

L'enfant souffre-t-il d'allergies? **OUI** ☐ **NON** ☐

Précisez:

- Alimentaires noix et/ou arachides **OUI** ☐ **NON** ☐

Produits laitiers **OUI** ☐ **NON** ☐

Autres: _____

- Médicaments pénicilline **OUI** ☐ **NON** ☐

Autres: _____

- Végétales ou pollen **OUI** ☐ **NON** ☐

- Animales, herbe à puce **OUI** ☐ **NON** ☐

- Piqûre d'insecte **OUI** ☐ **NON** ☐

Autres: _____

L'enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (Epipen, Ana-Kit) en fonction de ses allergies? **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce médicament?

☐ **enfant lui-même** ☐ **parent** ☐ **personnel de la santé** ☐ **moniteur**

☐ **toute personne adulte responsable**

L'enfant prend-il des médicaments? **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, lesquels et quelle en est la posologie?

1- Médicament: _____ Posologie: _____

2- Médicament: _____ Posologie: _____

3- Médicament: _____ Posologie: _____

L'enfant est-il apte à prendre lui-même ses médicaments? **OUI** ☐ **NON** ☐

AUTORISATION

En signant la présente, j'autorise le personnel de la Maison des jeunes La Relève à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires en cas de besoin. Si le personnel le juge pertinent, je les autorise également à transporter mon enfant par ambulance ou autrement, dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire.

INITIALE DU PARENT OU DU TUTEUR_____

J'autorise le personnel de la Maison des jeunes La Relève à donner des médicaments vendus sans ordonnance tels que : advil, tylenol, motrin, etc, en cas de besoin à mon enfant.

INITIALE DU PARENT OU DU TUTEUR_____

De plus, s'il est impossible de joindre un parent ou un tuteur, j'autorise le médecin choisi par le personnel de la Maison des jeunes La Relève à prodiguer à mon enfant, tous les soins médicaux requis par son état, y compris l'hospitalisation, des injections, l'anesthésie et/ou la pratique d'une intervention chirurgicale. **INITIALE DU PARENT OU DU TUTEUR**_____

Nom et prénom du parent et du tuteur (en caractère d'imprimerie)

Signature du parent ou du tuteur

Date