

836 boul. Jolliet Baie-Comeau Québec G5C-1P4

Téléphone: 418.589.1217 mdj.lareleve@cgocable.ca

FICHE DE SANTÉ DU JEUNE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant:]	Prénom:	
Date de naissance: JJ / MI	M / AA		
No. d'assurance maladie:		exp: JJ / MM / AA	
Adresse complète:			
Nom des parents ou tuteu	urs à contacter en cas d'urge	ence:	
1	tél. maison	bureau	_
2	tél. maison	bureau	_
Médecin traitant:		Tél. :	
L'enfant a-t-il déjà:	ÉDICAL cune des questions et précis xation ou une entorse? Oui	·	
Précisez: Perdu connaissance, ress Non □		des douleurs thoraciques? Ou	i 🗆



836 boul. Jolliet Baie-Comeau Québec G5C-1P4

Téléphone: 418.589.1217 mdj.lareleve@cgocable.ca

Souffert de problèmes reliés à la chaleur? Oui \square Non \square Précisez: Été diagnostiqué pour une maladie chronique ou récurrente? Oui \square Non \square Précisez:			
Autres: L'enfant a-t-il à sa disposition une dose d'adrénaline (E allergies? OUI NON Si oui, qui est autorisé à conserver et à administrer ce n nenfant lui-même parent personnel de la toute personne adulte responsable	pipen, Ana-Kit) en fonction de ses nédicament?		
L'enfant prend-il des médicaments? OUI NON Si oui, lesquels et quelle en est la posologie? 1- Médicament: 2- Médicament:	Posologie:Posologie:		
3- Médicament:	Posologie:		

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



836 boul. Jolliet Baie-Comeau Québec G5C-1P4

Téléphone: 418.589.1217 mdj.lareleve@cgocable.ca

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

Signature du parent ou du tuteur	Date
Nom et prénom du parent et du tuteur (en car	actère d'imprimerie)
De plus, s'il est impossible de joindre un parent ou personnel de la Maison des jeunes La Relève à prodirequis par son état, y compris l'hospitalisation, des in intervention chirurgicale. INITIALE DU PARENT (guer à mon enfant, tous les soins médicaux jections, l'anesthésie et/ou la pratique d'une
J'autorise le personnel de la Maison des jeunes La Re ordonnance tels que : advil, tylenol, motrin, etc, en ca INITIALE DU PARENT OU DU TUTEUR	
hospitalier ou de santé communautaire. INITIALE DU PARENT OU DU TUTEUR	
également à transporter mon enfant par ambulance ou	3 6 1 73