

## FICHE PERSONNELLE DE SANTÉ

Veillez compléter une fiche par enfant et écrire en majuscules.

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'enfant _____	Prénom de l'enfant _____			
Adresse de l'enfant _____ Code postal _____				
Date de naissance	No d'assurance maladie _____ Exp _____			
<table border="1"> <tr> <td>Année</td> <td>Mois</td> <td>Jour</td> </tr> </table>	Année	Mois	Jour	
Année	Mois	Jour		

Nom de la mère _____	Nom du père _____
Prénom de la mère _____	Prénom du père _____
Adresse (si différente de l'enfant) _____	Adresse (si différente de l'enfant) _____
Ville _____ Code postal _____	Ville _____ Code postal _____
Téléphone rés. _____	Téléphone rés. _____
Téléphone bureau _____	Téléphone bureau _____
Autre téléphone _____	Autre téléphone _____
Courriel _____	Courriel _____

### CONTACT D'URGENCE

Autre que les parents, personnes à contacter en cas d'urgence	
Nom _____	Nom _____
Prénom _____	Prénom _____
Tél _____	Tél _____
Autre _____	Autre _____
Lien _____	Lien _____

### INFORMATIONS MÉDICALES

Votre enfant souffre-t-il d'une particularité médicale quelconque? (*allergie, asthme, diabète, épilepsie, déficit de l'attention, troubles de comportement ou autre*)      Oui       Non

**Si oui, laquelle?** \_\_\_\_\_

Votre enfant prendra-t-il des médicaments pendant les heures d'activités?      Oui       Non

**Si oui et que vous désirez que le personnel animateur administre un médicament à votre enfant, veuillez nous en informer afin de compléter la décharge de médicaments.**

### AUTORISATION DE DÉPART

Autorisé à quitter seul    Oui     Non     **Si non**, personnes autorisées à venir chercher l'enfant (*autre que père et mère*)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

#### AUTORISATION MÉDICALE

**J'autorise** les responsables de Loisirs Lebourgneuf à utiliser les informations que comprend la présente fiche et en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant (à mes frais) jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire.

Oui

Non

Initiales

#### AUTORISATION DE SORTIES

**J'autorise** l'éducatrice responsable de mon enfant à se déplacer avec celui-ci, que ce soit dans le cadre des déplacements journaliers ou des sorties prévues à l'extérieur du centre communautaire.

Oui

Non

Initiales

#### AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES

**J'autorise** Loisirs Lebourgneuf à photographier mon enfant dans le cadre de ses activités, d'exposer et/ou publier ces photos à des fins d'information et de promotion.

Oui

Non

Initiales

#### COORDONNÉES DU PARENT À QUI NOUS ÉMETTRONS LE « RELEVÉ 24 »

*Numéro d'assurance sociale*

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Si nous devons émettre 2 relevés 24, coordonnées du 2<sup>ème</sup> parent

*Numéro d'assurance sociale*

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Je certifie avoir lu, compris les informations demandées et avoir fourni les renseignements exigés.

Signature

Date