**Fiche Médicale de l’enfant**

 **Nom de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **# assurance maladie, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, expiration\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert des troubles suivants …**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** |
| **Asthme ou autres troubles respiratoires**  |  |  |
| **Épilepsie**  |  |  |
| **Diabète**  |  |  |
| **Allergies (spécifications). Si oui, a-t-il un épipen ?** |  |  |
| **Intolérances alimentaires** |  |  |
| **Problèmes de comportement**  |  |  |
| **Autres(s) veuillez préciser :**  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Votre enfance a-t-il tendance à …** | **OUI** | **NON** |
| **S’évanouir, avoir des indigestions, saignez du nez? Merci de spécifier** |  |  |
| **Autre(s), veuillez préciser:** |  |  |

 **En cas d’urgence, autorisez-vous TOP à administrer ces médicaments (sans ordonnances)?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** |
| **Acétaminophène (ex : tylenol)** |  |  |
| **Anti-inflammatoire (ex : advil)** |  |  |
| **Antihistaminique (ex : bénadryl)** |  |  |
| **Autre(s) : veuillez préciser :** |  |  |

 **Votre enfant prend t-il des médicaments sur une base régulière**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Votre enfant prend t-il des médicaments sur une base régulière****Si oui, inscrivez le nom du médicament :** | **OUI** | **NON** |

 **Personne à contacter en cas d’urgence**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. NOM, PRÉNOM :** | **TÉLÉPHONE :** |
| **LIEN AVEC L’ENFANT :** |  |
| **1. NOM, PRÉNOM :** | **TÉLÉPHONE :** |
| **LIEN AVEC L’ENFANT :** |  |