



### COORDONNÉES DE VOTRE ENFANT

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : M  F  Autres  Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant :  Père  Mère  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

N° de téléphone à la maison : \_\_\_\_\_ N° de téléphone au travail : \_\_\_\_\_

N° de cellulaire : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

### HISTORIQUE MÉDICAL

**Votre enfant a-t-il déjà subi une blessure grave?** Oui  Non

Si oui, veuillez la décrire : \_\_\_\_\_

**Souffre-t-il d'un problème de santé chronique ou récurrent ?**

Asthme : Oui  Non

Épilepsie : Oui  Non

Diabète : Oui  Non

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**L'enfant a-t-il des restrictions en ce qui concerne la pratique de certaines activités?**

Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il reçu le vaccin contre le tétanos?** Oui  Non  Si oui, indiquez l'année. \_\_\_\_\_

### ALLERGIES

Alimentaires : Oui  Non  Aux piqûres d'insectes : Oui  Non

Aux arachides : Oui  Non  Aux animaux : Oui  Non

À la pénicilline : Oui  Non  À d'autres médicaments : Oui  Non

À l'herbe à puces : Oui  Non

Détails : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

