

Fiche médicale de l'enfant (Formulaire obligatoire)

En vertu de l'alinéa 36 du *Règlement de 2015 sur les garderies d'enfants*, chaque titulaire de permis est tenu de posséder un dossier renfermant les renseignements suivants pour chaque enfant inscrit au service de garde : (a) le nom et la date de naissance de l'enfant, (b) les noms, adresses et numéros de téléphone des parents de l'enfant, des personnes à joindre en cas d'urgence et du médecin de famille de l'enfant, (c) les allergies, les maladies ou tout autre problème de santé de l'enfant, et (d) les vaccins reçus.

Remarque: Des renseignements personnels sur l'état de santé de l'enfant pourraient être divulgués au ministère de l'Éducation au cours du processus de vérification de l'acquittement des obligations du centre en matière de tenue de dossiers.

Nom de l'enfant: _____ Date de début: _____/_____/_____
Année Mois Jour

Date de naissance: _____/_____/_____
Année Mois Jour

Nom du parent ou tuteur: _____ Nom du parent ou tuteur: _____

Adresse: _____ Adresse: _____

Code postal: _____ Code postal: _____

Téléphone à la maison: _____ Téléphone à la maison: _____

Lieu de travail: _____ Lieu de travail: _____

Téléphone au travail: _____ Téléphone au travail: _____

Tél. cell: _____ Tél. cell: _____

Courriel: _____ Courriel: _____

Les deux parents susmentionnés sont-ils autorisés à venir chercher l'enfant au centre de services de garde?

Oui Non Commentaires: _____

En cas d'urgence, le service de garde communiquera avec le médecin suivant pour obtenir un traitement médical:

Nom du médecin: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Nommez deux autres personnes à joindre en cas d'urgence.

1. **Nom:** _____

Lien avec l'enfant: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone au travail: _____

Tél. cell: _____

Courriel: _____

2. **Nom:** _____

Lien avec l'enfant: _____

Téléphone à la maison: _____

Téléphone au travail: _____

Tél. cell: _____

Courriel: _____

Antécédents médicaux

Check (✓) any of the following illnesses which the child has had:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Blessures (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie laryngienne(croup) | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Amygdalite | |

Est-ce que les vaccins de votre enfant sont à jour? Oui Non

Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies connues à des **médicaments** Oui Non Si Oui, quelles sont-elles et comment réagit-il? _____

Votre enfant a-t-il des allergies connues à des **aliments**? Oui Non Si Oui, quelles sont-elles et comment réagit-il? _____

Votre enfant a-t-il **d'autres** types d'allergies? Oui Non Si Oui, quelles sont-elles et comment réagit-il? _____

Autres renseignements sur l'état de santé

Votre enfant prend-il des médicaments de façon régulière? Oui Non Si Oui, donnez le nom du médicament et nommez le problème de santé pour lequel il est administré. _____

Votre enfant est-il né prématurément? Oui Non Si Oui, de combien de semaines? _____

Êtes-vous inquiet à propos du développement de votre enfant? Oui Non Si Oui, précisez. _____

Y a-t-il des restrictions quant au type ou au degré d'activité physique auquel votre enfant peut participer?

Oui Non Si Oui, précisez. _____

Votre enfant a-t-il déjà subi une chirurgie? Oui Si Oui, nommez-les. _____

Votre enfant doit-il suivre un régime alimentaire particulier? Oui Non Si Oui, précisez _____

Veuillez ajouter tout renseignement sur l'état de santé de l'enfant que le service de garde devrait connaître.

Date: _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

Signature du parent ou du tuteur