



Fiche santé



Prénom et nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____ Âge actuel : _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

L'enfant demeure avec : Maman Papa Les deux parents Garde partagée

Coordonnées des parents

Nom de la mère :	
Adresse complète (Rue, ville, code postal) :	
Numéro de cellulaire :	

Nom du père :	
Adresse complète (Rue, ville, code postal) :	
Numéro de cellulaire :	

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom de la personne :	
Lien avec l'enfant :	
Numéro de cellulaire :	

Nom de la personne :	
Lien avec l'enfant :	
Numéro de cellulaire :	

Information sur l'état de la santé de votre enfant

Maladie connue : Oui Non

*Si oui décrire la maladie : _____

Asthme : Oui Non

Allergies et/ou intolérances alimentaires: Oui Non

*Si oui lesquelles : _____

A-t-il un épipen? Oui Non

Épilepsie : Oui Non

Diabète : Oui Non

Mon enfant porte des lunettes : Oui Non

Mon enfant porte un appareil auditif : Oui Non

Handicaps ou défis particuliers : Oui Non

*Si oui lesquels : _____

Restrictions alimentaires (religieuses): Oui Non

*Si oui lesquelles : _____

Médicaments : Oui Non

Nom des médicaments : _____

Nom des médicaments pris à la maison : _____

Nom des médicaments à prendre au CPE (compléter et signer la feuille d'autorisation pour l'administration de médicaments) : _____

Nom du médecin : _____

Numéro de téléphone : _____

Nom et profession des spécialistes qui suivent votre enfant (s'il y a lieu) : _____

*Autres particularités : _____

En cas d'urgence médicale, vous autorisez les membres du personnel du CPE Fleurs de Lune à prodiguer les premiers soins et au besoin, faire appel aux ambulanciers. Dans le cas d'un transport hospitalier, un membre de notre personnel accompagnera votre enfant jusqu'à votre arrivée.

Signature du parent : _____ **Date :** _____

Le parent est responsable de tenir à jour les informations contenues dans cette fiche santé pour la durée de fréquentation de son enfant au CPE Fleurs de Lune.