

## FICHE SANTÉ

Participant(e) :

\_\_\_\_\_

Date de naissance :

\_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

Cellulaire :

\_\_\_\_\_

1. Votre enfant était-il/elle inscrit aux activités de l'AEAHBV à l'hiver ou à l'été 2017?
  - Si oui, passez directement à la section 3.**
  - Si non, veuillez répondre à la section 2.**

2. Quel est le handicap de votre enfant?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A-t-il/elle des difficultés d'ordre physique?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Porte-t-il/elle des orthèses :

\_\_\_\_\_

A-t-il/elle des problèmes de comportement? Si oui, veuillez expliquer brièvement.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Interventions nécessaires :

\_\_\_\_\_

Est-il/elle anxieux-se?

\_\_\_\_\_

Qu'est-ce qui le-la calme?

\_\_\_\_\_

Votre enfant souffre-t-il/elle d'épilepsie?

\_\_\_\_\_

De quel type? \_\_\_\_\_

Est-il/elle photosensible?

\_\_\_\_\_

Interventions nécessaires : \_\_\_\_\_

**Veillez remplir les sections 3 et 4.**

3. Votre enfant a-t-il/elle des allergies?

\_\_\_\_\_

Symptômes : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Interventions nécessaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Votre enfant prend-il/elle des médicaments? \_\_\_\_\_ Si oui :

Nom	Dose	Horaire
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**J'autorise l'équipe de l'AEAHBV à prodiguer à mon enfant les soins nécessaires. Advenant une situation d'urgence, j'autorise également le transport de mon enfant par ambulance (ou par tout autre véhicule) dans un centre hospitalier. De plus, s'il est impossible de me joindre, j'autorise le médecin à prodiguer à mon enfant tous les soins médicaux requis par son état.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date