

IMMUNISATION/RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Numéro de santé (optionnel) : _____

Nom de la mère : _____ Nom du père : _____

Nom du médecin de l'enfant : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Les normes du programme du ministère de la Santé précisent que tous les enfants inscrits à des programmes autorisés de garde d'enfant doivent être immunisés à moins d'en être exemptés par le médecin hygiéniste local ou si les parents s'y opposent parce que cela entre en conflit avec leurs convictions religieuses ou personnelles.

Immunisation

Veillez svp fournir une copie du carnet d'immunisation de votre enfant

Est-ce que l'enfant a vécu ou voyagé à l'extérieur du Canada ou dans une communauté des Premières Nations pour plus de 3 mois (90 jours) dans les 5 dernières années?

Oui Non Nom du pays (s'il y a lieu) : _____

Nom de la communauté des Premières Nations (s'il y a lieu) : _____

Cochez si ces problèmes s'appliquent à votre enfant :

Prothèse	<input type="checkbox"/>	Eczéma	<input type="checkbox"/>	Déficit de l'attention	<input type="checkbox"/>
Asthme	<input type="checkbox"/>	Arthrite	<input type="checkbox"/>	Hyperactivité	<input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/>	Problèmes d'ouïe	<input type="checkbox"/>	Problèmes de langage	<input type="checkbox"/>
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	Épilepsie	<input type="checkbox"/>	Allergies environnementales	<input type="checkbox"/>
Autisme	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	Problèmes de reins ou de vessie	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	spécifiez _____			

Expliquez, en détail, les manifestations des symptômes et les actions à prendre par la responsable de garde :

Indiquez les opérations ou les blessures qu'a subies votre enfant :

Année : _____

Année : _____

L'enfant reçoit-il, de façon continue, des médicaments prescrits par un médecin? Oui Non

Donnez les détails (nom du médicament, dose, effets secondaires, etc.) _____

Je consens à ce que les renseignements ci-dessus soient partagés avec la responsable de garde de mon enfant.

Signature du parent : _____ Date : _____