

## 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 : \_\_\_\_\_