



PROGRAMME DE HALTE-GARDERIE LE CARROUSEL



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

NOM DE L'ENFANT : _____

IMMUNISATION

INSCRIRE LES DATES OÙ L'ENFANT A REÇU CES VACCINS
OU REMETTRE UNE PHOTOCOPIE DU CARNET MÉDICAL

VACCIN	1 ^{re} dose (2 mois)	2 ^e dose (4 mois)	3 ^e dose (6 mois)	4 ^e dose	Rappel
DCaT-Polio + Act Hib					
ROR					

DCaT-Polio = diphtérie, coqueluche (acellulaire), tétanos et vaccin antipoliomyélitique inactivé

Act Hib = Haemophilus influenzae b

ROR = Rougeole, Oreillons, Rubéole

Est-ce que l'enfant a vécu ou voyagé à l'extérieur du Canada ou dans une communauté des premières nations pour plus de trois mois (90 jours) dans les cinq dernières années ?

Oui Non

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

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

SANTÉ

Votre enfant souffre-t-il d'allergies ? Oui Non

Si oui, veuillez spécifier : _____

Est-ce que l'ÉpiPen est requis* ? Oui Non

* Si l'ÉpiPen est requis, le parent doit compléter le plan d'urgence (en faire la demande à la gestionnaire du programme) et fournir le certificat médical le confirmant.

Est-ce que votre enfant a des problèmes de santé ?

Si oui, cochez les cases appropriées ci-dessous. Sinon, cochez la case : N/A

Prothèse <input type="checkbox"/>	Convulsion <input type="checkbox"/>	Allergies environnementales <input type="checkbox"/>
Eczéma <input type="checkbox"/>	Problèmes d'audition <input type="checkbox"/>	Épilepsie <input type="checkbox"/>
Asthme <input type="checkbox"/>	Problèmes de langage <input type="checkbox"/>	Déficit de l'attention <input type="checkbox"/>
Arthrite <input type="checkbox"/>	Problèmes de rein/vessie <input type="checkbox"/>	Autisme <input type="checkbox"/>
Diabète <input type="checkbox"/>	Allergies alimentaires <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>

Si « autres », veuillez spécifier : _____

Expliquez, en détail les manifestations des symptômes et les actions à prendre par le personnel de la halte-garderie Le Carrousel :

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

_____ Année : _____
_____ Année : _____



PROGRAMME DE HALTE-GARDERIE LE CARROUSEL



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

Oui Non

Fournir les détails (nom du médicament, dosage, effets secondaires, etc.). Un formulaire d'autorisation d'administration des médicaments doit être signé si ces médicaments doivent être administrés par le personnel de la halte-garderie Le Carrousel.

Autres remarques sur l'état de santé de votre enfant ?

ALIMENTATION

Est-ce que votre enfant a un bon appétit et aime manger ?

Oui Non _____

Y a-t-il des aliments que votre enfant ne doit pas manger ?

Votre enfant a-t-il des allergies ou intolérances alimentaires ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

Indiquez tout autre renseignement que vous voulez partager au sujet des habitudes alimentaires de votre enfant.

ACTIVITÉS

Quelles sont les activités préférées de votre enfant ?

À l'intérieur : _____

À l'extérieur : _____

DIVERS

Est-ce que votre enfant s'habille seul ?

Oui

Non

Est-ce que votre enfant porte des couches ?

Oui

Non

Quels mots votre enfant utilise-t-il pour indiquer qu'il veut aller à la toilette ? _____

Autres informations que vous voulez partager concernant votre enfant ou vos attentes envers le service de garde ?

Signature de la mère

Date

Signature du père

Date