

FICHE MÉDICALE INTERNATIONALE

Les renseignements que vous nous donnez sont importants afin de vous assurer une protection adéquate.

IDENTIFICATION	
Nom:	Prénom:
Date de naissance (année / mois / jour): / /	
Sexe:	
Groupe sanguin :	
No. Assurance maladie:	Date d'expiration:
Adresse complète:	
Code postal:	Téléphone: () - -
Nom du médecin:	Téléphone: () - -

AUTORITÉ PARENTALE		
Nom:	Lien de parenté:	
Adresse:		
Téléphone: Rés. () -	Bur. () -	Cell : () -

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE		
Nom:	Lien de parenté:	
Adresse:		
Téléphone: Rés. () -	Bur. () -	Cell : () -

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Attention spéciale requise : Oui Non

- | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. ASTHME | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 18. MAUX DE VENTRE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 19. MENSTRUATION | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3. CONJONCTIVITE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 20. OTITE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4. CONVULSIONS | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 21. PALPITATIONS CARDIAQUES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5. DIABÈTE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 22. PERTE DE CONSCIENCE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 6. ÉPILEPSIE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 23. PEURS / PHOBIES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7. HANDICAP INTELLECTUEL | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 24. PROBLÈME CUTANÉ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 8. HANDICAP PHYSIQUE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 25. PROBLÈME DE COMPORTEMENT | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 9. HYPERACTIVITÉ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 26. PROBLÈME DIGESTIF | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 10. HYPERTENSION ARTÉRIELLE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 27. PROBLÈMES MUSCULAIRES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 11. HYPERVENTILATION | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 28. PROBLÈMES NEUROLOGIQUES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 12. HYPOGLYCÉMIE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 29. PROBLÈME VISUEL (LUNETTES) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 13. INCONTINENCE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 30. SAIGNEMENT DE NEZ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 14. INSOMNIE / CAUCHEMARD | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 31. SOMNAMBULISME | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 15. MALFORMATION CARDIAQUE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 32. TROUBLES AUDITIFS /SURDITÉ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 16. MAUX DE DOS | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 33. TROUBLES RESPIRATOIRES | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 17. MAUX DE TÊTE | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 34. AUTRES... SPÉCIFIEZ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

COMMENTAIRES

Les antécédents médicaux limitent-ils les activités physiques de votre enfant ? **Oui** **Non**

Les vaccins d'enfants sont-ils à jour ? **Oui** **Non**

Date du dernier vaccin contre le tétanos (jour / mois / année) : _ / _ / _____
Vaccination : ***Les enfants et les adultes doivent recevoir un rappel tous les dix 10 ans***

ALLERGIES ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTS PRESCRITS	POSOLOGIE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

En cas d'urgence, j'autorise les responsables et le personnel médical à prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé de mon enfant.

Signature de l'autorité parentale: _____ Date _____