



IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Date de naissance : _____

L'enfant demeure avec : _____ Si garde partagée, cochez ici

Son père et sa mère son père sa mère Autres _____

Nom du père :

Téléphone du père :

Maison : _____

Travail : _____

Autre : _____

Nom de la mère :

Téléphone de la mère :

Maison : _____

Travail : _____

Autre : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (autres que les parents)

Nom : _____ Téléphone : _____

Lien avec l'enfant : _____

BESOINS DE VOTRE ENFANT CONCERNANT LE COSTUME 4-H (le coût 25.00 \$)

Note : Le foulard est remis au membre lors de la cérémonie d'admission.			Grandeur enfant				Grandeur adulte			
			Small	Méd.	Large	XL	Small	Méd.	Large	XL
Gilet 4-H	Requis <input type="checkbox"/>	non requis <input type="checkbox"/>								
Foulard 4-H	Requis <input type="checkbox"/>	non requis <input type="checkbox"/>								

Note aux parents :

Dans le cas de modifications aux renseignements fournis dans cette fiche, vous devez toujours en faire la mise à jour.

FICHE SANTÉ

Renseignements généraux

Chirurgies subies :

Vaccination - Date du dernier vaccin contre le tétanos : _____ (N.B. : Un rappel est normalement requis aux dix ans.)

Maladies : Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert des maux suivants :

Allergies :

- aux médicaments : oui non
- aux aliments : oui non
- rhume des foins : oui non
- autres : oui non

Problèmes névralgiques :

- convulsions : oui non
- maux de tête : oui non
- perte de conscience : oui non
- épilepsie : oui non

Problèmes visuels : oui non

Problèmes cardiaques : oui non

Problèmes respiratoires :

- asthme : oui non
- autres, précisez : oui non

Problèmes digestifs : oui non

Problèmes urinaires : oui non

Problèmes dermatologiques : oui non

Autres problèmes : oui non

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou plusieurs questions ci-haut, s.v.p. définir et précisez.

Médicaments que votre enfant est susceptible de prendre au cours de l'année

Nom du médicament : _____ Dose : _____

Intervalle entre les doses : _____ En continu Au besoin

Nom du médicament : _____ Dose : _____

Intervalle entre les doses : _____ En continu Au besoin

Votre enfant mouille-t-il son lit ? Souvent Parfois Jamais

Si oui, quelles sont les mesures à prendre ? _____

S'il s'agit d'une fille, est-elle menstruée ? oui non

Est-elle au courant des mesures à employer ? oui non

Votre enfant a-t-il des restrictions physiques ? oui non

Si oui, précisez :

Niveau en natation : incapable de nager nageur

En cas d'urgence, j'autorise le ou les responsables du club à prendre les mesures jugées nécessaires à la sauvegarde de la santé de mon enfant (transport en ambulance, administration d'Épipen ou d'Anakit, etc.).

Signature du parent ou du tuteur

Date