



107015 - 131A Avenue NW Edmonton, Alberta T5E 0X4

Tél: 780-473-8853

ptitsamis@centrenord.ab.ca

www.ptitsamis.centrenord.ab.ca

Formulaire de Santé

Afin de nous aider à bien connaître votre enfant, S.V.P complétez ce formulaire de santé. Il nous permettra d'obtenir les renseignements importants concernant votre enfant. Notez aussi que ces informations sont requises par Alberta Children's Services et qu'elles seront gardées confidentielles.

Prénom: _____ Nom de famille: _____

Date de naissance (Jour/mois/année): _____ Sexe: M / F

Numéro d'assurance maladie: _____

Votre enfant a-t-il des frères ou sœurs? OUI / NON

Nom: _____ Âge: _____

Nom: _____ Âge: _____

Nom: _____ Âge: _____

Votre enfant a-t-il des allergies? OUI / NON

Si oui, quel est l'allergène? _____

Quelle est la réaction? _____

Votre enfant a-t-il des conditions médicales, émotionnelles?

Dans le passé? OUI / NON

Maintenant? OUI / NON

Expliquez: _____

Votre enfant prend-t-il des médicaments à chaque jour? OUI / NON

Si oui, le nom du médicament: _____

Dose : _____ Fréquence: _____

Est-ce que votre enfant se développera comme vous pensez qu'il devrait pour son âge? (Ex: langage, élocution, comportement, attention, motricité, etc.)? OUI / NON

Si non, expliquez: _____

Médecin de l'enfant: _____

Adresse et numero de téléphone du médecin: _____

Les immunisations de votre enfant sont-elles à jour? OUI / NON

Si non, expliquez: _____

En cas de maladie, comment votre enfant agira-t-il? _____

Votre enfant a-t-il des peurs ou des phobies? Lesquelles? _____

Quelle méthode de discipline utilisez vous avec votre enfant? _____

Croyance et/ou religion: _____

Autres renseignements pouvant être utiles: _____

Personnes à contacter en cas d'urgences **AUTRES** que les parents:

Nous devons avoir au moins deux contacts additionnel

Nom : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone: _____

Lien avec l'enfant: _____

Nom : _____

Adresse complète : _____

Numéro de téléphone: _____

Lien avec l'enfant: _____