

Renseignements sur la santé de l'enfant :

Numéro d'assurance maladie : _____ Exp. : _____

A-t-il des problèmes de santé qui nécessitent des soins particuliers? Oui* Non

*Si oui, lesquels? _____

Prend-il des médicaments de façon régulière? Oui* Non

*Si oui, lesquels? _____

Effets secondaires possibles de ces médicaments : _____

A-t-il reçu tous ses vaccins? Oui Non

La vaccination est-elle à jour? Oui Non

Votre enfant souffre-t-il d'allergies (médicaments ou aliments)? Oui* Non

Si votre enfant a des allergies, veuillez remplir la déclaration des allergies.

Y a-t-il des dispositions à prendre pour sa santé selon les maladies et/ou allergies mentionnées plus haut en cas d'urgence? Oui* Non

*Si oui, lesquelles? _____

Y'a-t-il des dispositions à prendre en cas d'urgence (ambulance, hôpital, premiers soins)? Oui* Non

Si oui, lesquelles? _____

Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir au sujet de la santé de votre enfant? Oui* Non

*Si oui, quoi? _____

Nom du pédiatre et/ou du médecin de famille : _____

N° de téléphone : _____