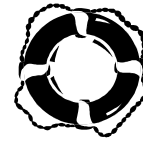




Information sur l'état de santé Enfant



Identification

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____ Âge : _____ Sexe : _____

Nom du parent : _____

Numéro d'Assurance-Maladie : _____

En cas d'urgence : Personne à contacter : _____

Numéro de téléphone : _____

État de santé de l'enfant

- ◆ **Identifier les maladies ou problèmes de santé dont votre enfant souffre. Que ce soit une maladie cardiaque, un problème respiratoire, une maladie nerveuse, un problème de motricité, un problème articulaire ou musculaire, S.V.P mentionnez-les.**

- ◆ **Votre enfant souffre-t-il d'allergie (médicament, nourriture, piqûre d'insecte, etc.)?**

- ◆ **Autres problèmes (intervention chirurgicale, blessure sportive, etc.) qui pourraient influencer la pratique d'activités (sportives ou autres) ?**

- ◆ **Est-ce que votre enfant prend régulièrement des médicaments ? (Oui/Non) _____
Si oui, lesquels _____**

Signature du parent

Date