



# FICHE MÉDICALE DE :

No d'assurance maladie :  Expire-le :

Nom du médecin :  Tél :

Clinique :  Groupe sanguin :

## Votre enfant présente-t-il des problèmes particuliers ?

Choisissez un élément.

Handicap.....

Vision.....

Audition.....

Asthme.....

Épilepsie.....

Eczéma.....

Diabète.....

Fièvre rhumatismale.....

Infection urinaire.....

Trouble cardiaque.....

Langage.....

Intolérance.....

Autre .....

Commentaires

---

---

---



**Votre enfant aura-t-il à prendre, de façon régulière, des médicaments en service de garde?**

Oui  Non

Si oui, spécifiez :

---

---

**Est-ce que votre enfant suit-il le programme de vaccination en vigueur?**

Oui  Non

Spécifiez si votre enfant a déjà eu une/ des maladies contagieuses? (Ex : Oreillons, Varicelle, Coqueluche, Rougeole, Rubéole, etc.)

---

---

Spécifiez si votre enfant a déjà eu une maladie chronique? (Ex : Otite, sinusite, bronchite, conjonctivite, pneumonie, etc. (à répétition))

---

---

**Est-ce que votre enfant est astreint à une diète spéciale prescrite par une autorité compétente?**

Oui  Non

**Si oui, quelles sont les particularités de cette diète ?**

---

---

---

**Est-ce que votre enfant a-t-il déjà goûté aux aliments suivants :**

Poisson ou crustacé

Noix

Œuf entier

Protéine bovine (Produit laitier, Bœuf, etc.)

Beurre d'arachide



**Est-ce que votre enfant a déjà fait des réactions allergènes à certains aliments, médicaments, animaux, autre ?**

Oui Non

Si oui, lesquels ?

---

---

**Est-ce que votre enfant a un auto-injecteur avec lui, en tout temps?**

Oui Non

Si oui, en cas d'urgence. À quel endroit se trouve-t-il?

---

**Est-ce que votre enfant est suivi par un médecin ou autre professionnel de la santé?**

Oui Non

**Si oui, spécifiez médecin(s) ou/et le(s) professionnel(s) de la santé:**

---

---

**AUTORISATION EN CAS D'URGENCE**

Nom du service de garde :

Adresse :

Numéro de téléphone:

*En cas d'urgence, j'autorise le service de garde à prendre les mesures et dispositions nécessaires relatives à la santé et sécurité de mon enfant et j'accepte d'assumer les frais qui pourraient en résulter (ambulance ou autres) et ce, pour toute la durée de la garde de mon enfant au service de garde en milieu familial.*

---

Signature du parent

---

Date



*Cette fiche doit être signée et conservée sur les lieux de la prestation des services de garde et remise au parent lorsque les services de garde ne sont plus requis*

**FORMULAIRE D'AUTORISATION  
POUR L'ADMINISTRATION DES PROTOCOLES NON-RÉGLÉMENTÉS**

Les parents ne sont pas tenus de signer pour tous les protocoles. Toutefois, **en l'absence du formulaire signé, aucun médicament ne peut être administré sans une autorisation écrite des parents et d'un membre du Collège des médecins du Québec**. Les parents peuvent, s'ils le désirent, limiter la période de validité de l'autorisation accordée en inscrivant la durée dans l'espace prévu à cette fin.

**J'AUTORISE;** \_\_\_\_\_

*(Nom de la personne reconnue à titre de personne responsable d'un service de garde en milieu familial ou, en son absence, sa remplaçante prévue à l'article 81 du règlement sur les services de garde éducatif à l'enfance)*

**À administrer, conformément au présent protocole les produits suivants:**

*(Si besoin, préciser la marque de commerce, si le parent n'a pas précisé la marque des produits autorisés, c'est qu'il permet l'utilisation de toutes les marques de commerce affligé à son enfant)*

**Nom complet de l'enfant;**

**Nom du médicament (au besoin)**

Crème pour érythème fessier

Solutions orales d'hydratation

Crème solaire

Lotion calamine

Gel lubrifiant pour prise température

**À fournir par le parent (article 120 règlement) :**

Solutions nasales salines

Crème hydratante

Baume à lèvres

**Durée de la validation de l'autorisation;** *Jusqu'au moment où les services de garde ne sont plus requis*

Signature du parent



Date