** 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?**

Choisissez un élément.

Si oui, spécifiez :



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

Choisissez un élément.

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?**

Choisissez un élément.

**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

[ ] Œuf entier

[ ] Beurre d’arachide

[ ] Noix

[ ]  Protéine bovine (Produit laitier, Bœuf, etc.)

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

Choisissez un élément.

Si oui, lesquels ?



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

Choisissez un élément.

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?**

Choisissez un élément.

**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.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

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-RÉGLEMENTÉS** |

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 duréedans 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**; 

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 lèvre 

**Durée de la validation de l’autorisation**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Signature du parent Date