



Fiche santé

Renseignements

Nom de famille: _____ Prénom: _____
Date de naissance: _____ Âge: _____
Adresse: _____
Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____
No d'assurance maladie: _____ Date d'expiration (M-A): _____ / _____
Date de la dernière piqûre antitétanique (J-M-A): _____ / _____ / _____
Énurésie: non oui Lever l'enfant à: _____ hres
Renseignements divers: _____
Allergies: _____

Personnes à joindre en cas d'urgence

Mère: _____ rés.: (_____) _____ - _____ trav.: (_____) _____ - _____
Père: _____ rés.: (_____) _____ - _____ trav.: (_____) _____ - _____
Autre: _____ rés.: (_____) _____ - _____ trav.: (_____) _____ - _____

Médicaments à prendre pendant le séjour (à remplir à l'arrivée)

Nom du médicament: _____
Raison: _____
Posologie: lever déjeuner dîner collation (pm) souper collation (soirée)
Détails: _____
Nom du médicament: _____
Raison: _____
Posologie: lever déjeuner dîner collation (pm) souper collation (soirée)
Détail: _____

Note: La Ferme d'André n'administre que les médicaments fournis par les parents. En cas d'urgence ou de doute, nous acheminons l'enfant immédiatement au Centre Hospitalier Barrie Memorial et la famille en est aussitôt informée.

J'autorise le personnel de la Ferme d'André à administrer ces médicaments.

Date: _____ / _____ / _____ Signature du parent ou gardien: _____
jour mois année

Hôpital Barrie Memorial

J'autorise les professionnels de l'Hôpital Barrie Memorial à faire les examens et traitements nécessaires.

Date: _____ / _____ / _____ Signature du parent ou gardien: _____
jour mois année