

DOSSIER DE L'ENFANT

FICHE SANTÉ

Identification de l'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : No _____ rue _____ App. _____

Ville _____ Code postal _____

Date de naissance : _____

No RAMQ : _____ Exp. : _____

Nom de la mère : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____
Résidence bureau ou cellulaire

Nom du père : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____
Résidence bureau ou cellulaire

Médecin : _____ Téléphone : (_____) _____ - _____

Nom de la clinique &/ou de l'hôpital : _____

État de santé

Yeux A-t-il des problèmes de vision ? Oui Non

Oreilles A-t-il souvent mal aux oreilles ? Oui Non
Si oui, fait-il souvent des otites ? Oui Non
Si oui, combien de fois au cours de la dernière année ? _____
Peut-il se baigner ? Oui Non
A-t-il des tubes dans les oreilles ? Oui Non
Entend-il bien ? Oui Non
Si non, précisez : _____
Avez-vous déjà consulté pour ce problème ? Oui Non

Bouche A-t-il souffert de l'amygdalite ? Oui Non
Si oui, combien de fois au cours de la dernière année ? _____
A-t-il été opéré ? Oui Non

Dents A-t-il des caries dentaires ? Oui Non
A-t-il été chez le dentiste dernièrement ? Oui Non

Poumons A-t-il fait des crises d'asthme depuis les 6 derniers mois ? Oui Non
Si oui, prend-t-il des médicaments ? Oui Non
Si oui, lesquels : _____

Élimination A-t-il des problèmes avec son urine ou ses intestins ? Oui Non
Si oui, lesquels ? Infection malformation constipation
Mouille-t-il son lit la nuit ? Oui Non

Peau A-t-il des problèmes de peau ? Oui Non
Si oui, lesquels ? Allergie eczéma sécheresse
Autres : _____

Allergie Votre enfant souffre-t-il d'allergies :

Alimentaires ? Oui Non

Aux médicaments ? Oui Non

Aux animaux ? Oui Non

Si oui, précisez lesquels : _____

**Si oui, vous devez obligatoirement compléter le document
« Fiche nominale de l'enfant » avec les restrictions alimentaires**

Système nerveux

A-t-il déjà fait des convulsions (tremblements) ? Oui Non

Si oui, quelle en était la cause ? Épilepsie coup à la tête fièvre

Autres : _____

Que doit-on faire si cela se répète : _____

Langage Parle-t-il selon son âge ? Oui Non

Si oui, donnez des exemples : _____

Si non, qu'avez-vous remarqué ? _____

Avez-vous fait quelque chose pour améliorer cette situation ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Maladies contagieuses

A-t-il déjà contracté les maladies suivantes :

Coqueluche ? Oui Non

Diphtérie ? Oui Non

Scarlatine ? Oui Non

Rubéole ? Oui Non

Oreillons ? Oui Non

Rougeole ? Oui Non

Méningite ? Oui Non

Autres : _____

Autres maladies

A-t-il fait d'autres maladies ? Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

A-t-il déjà été opéré ? Oui Non

Si oui, pourquoi et à quel âge : _____

A-t-il déjà été hospitalisé pour d'autres raisons ? Oui Non

Si oui, pourquoi et à quel âge : _____

Combien de fois ? _____ Durée du (des) séjour(s) ? _____

Médicaments

Actuellement, prend-il des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels : _____

Pourquoi ? _____

Pour combien de temps ? _____

Quelle approche de santé, privilégiez-vous ?

Médecine familiale ? Oui Non

Clinique ? Oui Non

CLSC ? Oui Non

Hôpital ? Oui Non

À fournir

Veillez fournir une copie de vaccination de votre enfant en vous référant à son carnet de vaccination et une copie du certificat de naissance

FICHE SOCIALE

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté une garderie ou un CPE ?

Oui Non

S'est-il déjà fait garder par des personnes autres que les membres de la famille ?

Oui Non

A-t-il des frères et sœurs ?

Oui Non

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Est-ce qu'il s'entend bien avec ses frères et sœurs ?

Oui Non

Y a-t-il eu des changements majeurs dans la situation familiale tels que divorce, mortalité, etc. qui auraient eu quelques influences sur le comportement émotif de l'enfant ? _____

Autres renseignements pouvant aider l'éducatrice : _____

Comment l'enfant réagit-il face à une contradiction ?

Calmement

Oui Non

En crise

Oui Non

Agressif verbalement

Oui Non

Agressif physiquement

Oui Non

COMPORTEMENT ET DÉVELOPPEMENT

A-t-il des habitudes particulières (traîner une couverture, sucer son pouce, etc.) ?

A-t-il des frayeurs particulières (chiens, sirènes, cauchemars, etc.) ?

Emploie-t-il un vocabulaire spécial pour désigner certaines choses, actions ou personnes ?

Présente-t-il une particularité dans son comportement ? Est-il :

Calme _____ Sociable _____ Ordonné _____ Anxieux _____

Actif _____ Timide _____ Créatif _____ Observateur _____

Autres _____

A-t-il des aptitudes particulières ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

Dort-il habituellement l'après-midi ?

Oui Non

Sommeil de l'enfant :

Calme _____ Agité _____

Autre précision du parent que la garderie devrait savoir :

AUTORISATIONS

Fiche médicament

*Veillez prendre note que la garderie **Le Jumello** administre un médicament seulement avec l'autorisation écrite du parent **et** une prescription du médecin traitant. À cette fin, la fiche « **Autorisation pour l'administration de médicaments** » doit être remplie et signée avant que l'éducatrice puisse administrer le médicament **prescrit** à l'enfant.*

Autorisation en cas d'urgence

*J'autorise, par la présente, la garderie **Le Jumello** et les membres de son personnel à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant en **cas d'urgence**.*

Oui Non

Autorisation si l'enfant est malade, blessé, etc.

*J'autorise, par la présente, la garderie **Le Jumello** à consulter le personnel médical du CLSC, d'autres cliniques ou hôpitaux pour exercer toute intervention jugée pertinente pour la santé de mon enfant. Cependant, le personnel de la garderie doit préalablement tenter de m'aviser de la situation.*

Oui Non

Autorisation pour l'intervention du CSSS

*J'autorise, par la présente, l'équipe **Enfance-famille du CSSS** à procéder aux examens de dépistage ou autres examens jugés pertinents pour la santé et le développement de mon enfant à la garderie **Le Jumello**.*

Oui Non

AUTORISATION DE SORTIE

J'accepte que _____ participe aux sorties organisées par la garderie, soit :
(Prénom et nom de l'enfant)

Promenade à pied

Oui Non

En utilisant les transports en commun

Oui Non

Transport organisé (autobus loué par la garderie)

Oui Non

N.B. : Les parents sont prévenus à l'avance pour les sorties extérieures exigeant un transport.

N.B. : Afin que les sorties organisées se concrétisent, nous souhaitons avoir assez d'adultes pour accompagner nos éducatrices afin d'assurer un maximum de sécurité. Nous avons fixé le ratio à un adulte pour quatre (4) enfants. En cas d'insuffisance de bénévoles, la sortie sera reportée ultérieurement.

Date

Signature