



C.P 28, LEGAL AB T0G 1L0 TEL : 780-961-3557

## FORMULAIRE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ

### Identité de l'enfant

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Masculin  Féminin

Date de naissance :

--	--	--	--	--	--

jour mois année

Numéro d'assurance maladie de l'Alberta (AHC) : \_\_\_\_\_

### Renseignements médicaux

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

1. Est-ce que votre enfant souffre d'allergies?  oui  non

Si oui, quel est l'allergène? \_\_\_\_\_

2. Quelle est la réaction à cet allergène? \_\_\_\_\_

3. Est-ce que votre enfant souffre de maladies, d'une condition médicale particulière ou de problèmes émotionnels?  oui  non

Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Votre enfant prend-il des médicaments prescrits par un médecin tous les jours?  oui  non

Si oui, nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dose : \_\_\_\_\_ Fréquence : \_\_\_\_\_

Raison pour le médicament : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Est-ce que vous accordez la permission aux employés de la prématernelle de donner un médicament prescrit par un médecin à votre enfant?  oui  non

6. Est-ce que les immunisations sont à jour selon l'âge de l'enfant?  oui  non

Lieu de vaccination : \_\_\_\_\_

7. Est-ce que votre enfant a souffert d'une maladie sérieuse ou d'un accident, ou a subi une opération récemment?  oui  non Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Est-ce que votre enfant a des besoins de santé particuliers (ex. appareil auditif, lunettes ou verres de contact)?  oui  non Si oui, expliquez : \_\_\_\_\_

9. Comment l'enfant réagira-t-il à une maladie, à une crainte ou à une phobie?

\_\_\_\_\_

### Autres renseignements

Est-ce qu'il y a d'autres renseignements que l'éducatrice devrait connaître au sujet de votre enfant?

### Personnes responsables en cas d'urgence

Parent responsable en cas d'urgence :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) :  français  anglais  autre \_\_\_\_\_

Personnes responsables en cas d'urgence (autre que les parents) :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone au domicile ou au travail : ( ) \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone cellulaire : ( ) \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) :  français  anglais  autre \_\_\_\_\_

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant autres que ses parents

Indiquez le nom de toutes les personnes autorisées à venir chercher votre enfant car votre enfant ne peut pas partir de la prématernelle avec une personne n'ayant pas reçu l'autorisation telle qu'indiquée sur ce formulaire.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Coordonnées de la gardienne ou la garderie

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro Rue ou C.P. App. Ville/Village Province Code postal

Téléphone : domicile ( ) \_\_\_\_\_ cellulaire ( ) \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) :  français  anglais  autre \_\_\_\_\_

Langue utilisée le plus souvent avec l'enfant :  français  anglais  autre \_\_\_\_\_