



Prématernelle «Les P'tits Amis»

Située dans l'École Publique du Nord
12050 - 95A rue
Edmonton, Alberta T5G 1R7
Tel. (780) 473-8853

www.csrcn.ab.ca/lesptitsamis

Date d'entrée : _____

Date de sortie : _____

Formulaire de Santé

Enfant

Nom de famille _____ Prénom de l'enfant _____

Adresse : _____ Code Postal : _____

Parents ou tuteur

*En cas d'urgence, tous les efforts seront faits pour rejoindre les parents.

Mère Nom et prénom _____

Adresse (si autre que celle de l'enfant) _____

☎ travail _____ ☎ Natel _____

Employeur: _____

Père (Nom et prénom) _____

Adresse (si autre que celle de l'enfant) _____

☎ travail _____ ☎ Natel _____

Employeur: _____



INFORMATION MEDICALE

Nom du medecin de famille : _____

Nom de la Clinique: _____

☎ Telephone: _____

Assurance santé (Ab Health Care Number): _____

Est-ce que l'enfant est a jour dans ses vaccins ? oui non

Est-ce que l'enfant prend des medicaments regulierement? oui non

Si oui, precisez: _____

Allergies, maladies d'enfance et autres (precisez) : _____

Genre de discipline a la maison et autres commentaires qui pourraient nous aider: _____

Personne supplementaire responsable en cas d'urgence : _____

☎ Domicile: _____ ☎ Natel/travail : _____

Je donne la permission l'educatrice et/ou l'aide-pedagogique d'aider mon enfant a la salle de bain (s'il/elle a besoin d'aide): oui non

En cas d'urgence, si je ne suis pas immediatement disponible, j'autorise le medecin choisi par le personnel de la prematernelle a faire le traitement necessaire a mon enfant (ci-haut) mentionne et a l'hospitaliser.

Signature du Parent (tuteur)

Date

Nom du parent en lettres moulees : _____