



ÉCOLE CULINAIRE POUR TOUS
www.ecoleculinaire.com

PARTIE 2 - FICHE SANTÉ

PRÉNOM ET NOM DE L'ENFANT : _____

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : _____

DATE EXPIRATION : ANNÉE _____ MOIS _____

1. Votre enfant prend-il des médicaments quotidiennement ? Oui Non

Si oui, précisez le nom du médicament et la posologie : _____

N.B. : S'il y a plus d'un médicament, la médication doit être fournie sous forme de pilulier (Dispill) préparée par votre pharmacie

2. Est-ce que votre enfant souffre d'allergies? Oui Non

Allergie alimentaire - précisez : _____

Allergie environnementale - précisez : _____

A-t-il à sa disposition un auto-injecteur d'épinéphrine (Epipen, Ana-Kit) ? Oui Non

3. Votre enfant souffre-t-il de maladies telles que : Asthme Épilepsie Diabète Autre :
Précisez : _____

4. Votre enfant a-t-il été vacciné contre le tétanos ? Oui Non

Si oui, en quelle année? _____

5. Votre enfant a-t-il des difficultés de déplacement? Oui Non

Utilisation fauteuil roulant Utilisation marchette Utilisation d'une canne ou béquilles

6. Votre enfant a-t-il une prothèse dentaire? Oui Non

7. Votre enfant a-t-il une prothèse auditive? Oui Non

8. Votre enfant a-t-il une déficience visuelle? Oui Non

Porte des lunettes

Utilise des lentilles cornéennes

9. Votre enfant a-t-il des peurs ou des phobies importantes ? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Confidentiel lorsque complété

10. Votre enfant présente-t-il un comportement particulier ? Oui Non

Si oui, précisez :

Autisme (TSA)

Asperger

Trouble déficitaire de l'attention : sans hyperactivité (TDA) avec hyperactivité (TDAH)

Autre : précisez : _____

11. Votre enfant adopte-t-il les comportements suivants? Si oui, cochez

Mord Crache Frappe Bouscule Crie

Inconfort tactile (n'aime pas à être touché) Fatigue excessive

Difficulté d'être en groupe

12. Y a-t-il d'autres renseignements IMPORTANTS à connaître afin de faciliter la participation de l'enfant aux activités culinaires du camp de jour? Oui Non

Précisez : _____

J'autorise le personnel de l'*École culinaire pour tous* à donner à mon enfant les soins de santé nécessaire lorsque requis (médicament, traitements mineurs, transport en ambulance). Je m'engage, par le fait même, à défrayer les coûts des soins administrés à mon enfant, le cas échéant.

JE DÉCLARE AVOIR LU ET COMPRIS TOUT CE QUI PRÉCÈDE. DE PLUS, JE CONFIRME QUE LES INFORMATIONS FOURNIES CONCERNANT LA SANTÉ DE L'ENFANT SONT VÉRIDIQUES ET COMPLÈTES.

Signature du répondant : _____ Date : _____

Veuillez compléter et signer la **Fiche d'inscription et la Fiche santé et le Code de vie** des camps de jour culinaire. Nous appliquons la règle du « **premier arrivé, premier servi** » et seulement lorsque nous recevons les documents susmentionnés dûment complétés avec paiement.

VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR LES FICHES AINSI QUE LE PAIEMENT, SI PAR CHÈQUE, PAR LA POSTE À *ÉCOLE CULINAIRE POUR TOUS*, 444, BOULEVARD ST-RENÉ EST, PORTE 800 GATINEAU, QUÉBEC, J8P 8A9 OU PAR COURRIEL AVEC VIREMENT BANCAIRE À ECOLECULINAIRE@GMAIL.COM. OU LE TOUT EN PERSONNE DIRECTEMENT À L'ÉCOLE.

Confidentiel lorsque complété