



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 : \_\_\_\_\_

Veillez 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](mailto:ECOLECULINAIRE@GMAIL.COM). OU LE TOUT EN PERSONNE DIRECTEMENT À L'ÉCOLE AU 444, BOULEVARD ST-RENÉ EST.

**Confidentiel lorsque complété**