

(CONFIDENTIEL ET OBLIGATOIRE)



BILAN DE SANTÉ
Saison 2009-2010

IL EST IMPORTANT DE DONNER TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUI AIDERONT À ASSURER LE BIEN-ÊTRE ET LA SÉCURITÉ DE VOTRE ENFANT.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

No.

Rue

Ville

Code Postal

Date de Naissance : _____

No d'assurance maladie : _____ Date Exp. : _____

Nom et prénom du père : _____

Tél. Résidence : _____ Tél. Travail : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Tél. Résidence : _____ Tél. Travail : _____

Autre personne à contacter :

Nom : _____ Tél. : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Allergies (spécifiez) : _____

Asthme : Oui _____ Non _____

Diabète : Oui _____ Non _____

Épilepsie : Oui _____ Non _____

Autres maladies : _____

Opérations antérieure : _____

Traumatismes récents : _____

Infections récentes : _____

Médication actuelle : _____

Date du dernier vaccin tétanos : _____

Autres informations pertinentes : _____

J'AUTORISE LE CENTRE DE SANTÉ À EFFECTUER TOUS LES EXAMENS ET TRAITEMENTS JUGÉS NÉCESSAIRES.

Signature du parent ou tuteur

(Lettres moulées)

(Signature)

(Date)