



BILAN DE SANTÉ  
Saison 2010-2011

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)

