



# FICHE MÉDICALE INTERNATIONALE

Les renseignements que vous nous donnez sont importants afin de vous assurer une protection adéquate.

IDENTIFICATION	
Nom:	Prénom:
Date de naissance (année / mois / jour):	
Sexe:	
Groupe sanguin :	
No. Assurance maladie:	Date d'expiration:
Adresse complète:	
Code postal:	Téléphone:
Nom du médecin:	Téléphone:

AUTORITÉ PARENTALE		
Nom:	Lien de parenté:	
Adresse:		
Téléphone: Résidentiel	Bureau	Cellulaire

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE		
Nom:	Lien de parenté:	
Adresse:		
Téléphone: Résidentiel	Bureau	Cellulaire

## ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ

Attention spéciale requise :  Oui  Non

- |                                 |                              |                              |                                |                              |                              |
|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. ASTHME                       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 18. MAUX DE VENTRE             | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 2. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 19. MENSTRUATION               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 3. CONJONCTIVITE                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 20. OTITE                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4. CONVULSIONS                  | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 21. PALPITATIONS CARDIAQUES    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5. DIABÈTE                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 22. PERTE DE CONSCIENCE        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 6. ÉPILEPSIE                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 23. PEURS / PHOBIES            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7. HANDICAP INTELLECTUEL        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 24. PROBLÈME CUTANÉ            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 8. HANDICAP PHYSIQUE            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 25. PROBLÈME DE COMPORTEMENT   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 9. HYPERACTIVITÉ                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 26. PROBLÈME DIGESTIF          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 10. HYPERTENSION ARTÉRIELLE     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 27. PROBLÈMES MUSCULAIRES      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 11. HYPERVENTILATION            | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 28. PROBLÈMES NEUROLOGIQUES    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 12. HYPOGLYCÉMIE                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 29. PROBLÈME VISUEL (LUNETTES) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 13. INCONTINENCE                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 30. SAIGNEMENT DE NEZ          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 14. INSOMNIE / CAUCHEMARD       | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 31. SOMNAMBULISME              | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 15. MALFORMATION CARDIAQUE      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 32. TROUBLES AUDITIFS /SURDITÉ | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 16. MAUX DE DOS                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 33. TROUBLES RESPIRATOIRES     | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 17. MAUX DE TÊTE                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non | 34. AUTRES... SPÉCIFIEZ        | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

## COMMENTAIRES

Les antécédents médicaux limitent-ils les activités physiques de votre enfant ?  Oui  Non

Les vaccins d'enfants sont-ils à jour ?  Oui  Non

Date du dernier vaccin contre le tétanos (jour / mois / année) :

Vaccination : ***Les enfants et les adultes doivent recevoir un rappel tous les dix 10 ans***

ALLERGIES ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTS PRESCRITS	POSOLOGIE

**En cas d'urgence, j'autorise les responsables et le personnel médical à prendre les mesures nécessaires à la sauvegarde de la santé de mon enfant.**

Signature de l'autorité parentale: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_