



# FICHE SANTÉ

## IDENTIFICATION

Nom de l'enfant		Sexe M ___ F ___	
Prénom de l'enfant		Code postal	
Adresse			
No d'assurance maladie		Expiration / (obligatoire)	
Date de naissance (Année/Mois/Jour)		Âge au 30 septembre 2020	

## PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Mère		Courriel	
Tel. résidence	Tel. bureau	Cellulaire	
Père		Courriel	
Tel. résidence	Tel. bureau	Cellulaire	
Autre personne (lien de parenté)			
Tel. résidence	Tel. bureau	Cellulaire	

## AUTORISATION PHOTOS (COCHEZ)

\_\_\_\_\_ J'accepte que mon enfant soit photographié et que ces photos puissent être utilisées par la Municipalité de Saint-Alexandre-de-Kamouraska à des fins publicitaires.

## DONNÉES MÉDICALES (COCHEZ)

_____ Autisme	_____ TDA/H
_____ Asthme	_____ Troubles envahissement du développement
_____ Diabète	_____ Troubles de l'impulsivité
_____ Difficulté avec l'autorité	_____ Troubles de l'opposition
_____ Épilepsie	_____ Troubles du langage
_____ Maux de tête fréquents	_____ Troubles nerveux

Allergies (précisez) : \_\_\_\_\_

Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Prend-il des médicaments? \_\_\_\_\_ OUI \_\_\_\_\_ NON

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Informations supplémentaires : \_\_\_\_\_