

## DOSSIER DE L'ENFANT

|                      |
|----------------------|
| <h3>FICHE SANTÉ</h3> |
|----------------------|

#### Identification de l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : No \_\_\_\_\_ rue \_\_\_\_\_ App. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

No RAMQ : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Résidence

bureau ou cellulaire

Nom du père : \_\_\_\_\_

Téléphone

Résidence

bureau ou cellulaire

Médecin : \_\_\_\_\_ Téléphone

Nom de la clinique &/ou de l'hôpital : \_\_\_\_\_

**État de santé**

**Yeux**      A-t-il des problèmes de vision ?      Oui       Non   
Si oui, a-t-il subi un examen de la vue ?      Oui       Non   
Porte-t-il des lunettes ?      Oui       Non   
Est-ce qu'un œil vous semble « croche » par rapport à l'autre ?      Oui       Non   
Si oui, avez-vous consulté un médecin ?      Oui       Non

**Oreilles**      A-t-il souvent mal aux oreilles ?      Oui       Non   
Si oui, fait-il souvent des otites ?      Oui       Non   
Si oui, combien de fois au cours de la dernière année ? \_\_\_\_\_  
Peut-il se baigner ?      Oui       Non   
A-t-il des tubes dans les oreilles ?      Oui       Non   
Entend-il bien ?      Oui       Non   
Si non, précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous déjà consulté pour ce problème ?      Oui       Non

**Bouche**      A-t-il souffert de l'amygdalite ?      Oui       Non   
Si oui, combien de fois au cours de la dernière année ? \_\_\_\_\_  
A-t-il été opéré ?      Oui       Non

**Dents**      A-t-il des caries dentaires ?      Oui       Non   
A-t-il été chez le dentiste dernièrement ?      Oui       Non

**Poumons**      A-t-il fait des crises d'asthme depuis les 6 derniers mois ?      Oui       Non   
Si oui, prend-t-il des médicaments ?      Oui       Non   
Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

**Élimination** A-t-il des problèmes avec son urine ou ses intestins ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? Infection  malformation  constipation

Mouille-t-il son lit la nuit ? Oui  Non

**Peau** A-t-il des problèmes de peau ? Oui  Non

Si oui, lesquels ? Allergie  eczéma  sécheresse

Autres : \_\_\_\_\_

**Allergie** Votre enfant souffre-t-il d'allergies :

Alimentaires ? Oui  Non

Aux médicaments ? Oui  Non

Aux animaux ? Oui  Non

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

\_\_\_\_\_

**Si oui, vous devez obligatoirement compléter le document  
« Fiche nominale de l'enfant » avec les restrictions alimentaires**

**Système nerveux**

A-t-il déjà fait des convulsions (tremblements) ? Oui  Non

Si oui, quelle en était la cause ? Épilepsie  coup à la tête  fièvre

Autres : \_\_\_\_\_

Que doit-on faire si cela se répète ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Langage** Parle-t-il selon son âge ? Oui  Non

Si oui, donnez des exemples : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si non, qu'avez-vous remarqué ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous fait quelque chose pour améliorer cette situation ? Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Maladies contagieuses

A-t-il déjà contracté les maladies suivantes :

Coqueluche ? Oui  Non

Diphtérie ? Oui  Non

Scarlatine ? Oui  Non

Rubéole ? Oui  Non

Oreillons ? Oui  Non

Rougeole ? Oui  Non

Méningite ? Oui  Non

Autres : \_\_\_\_\_

### Autres maladies

A-t-il fait d'autres maladies ? Oui  Non

Si oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

A-t-il déjà été opéré ? Oui  Non

Si oui, pourquoi et à quel âge : \_\_\_\_\_

A-t-il déjà été hospitalisé pour d'autres raisons ? Oui  Non

Si oui, pourquoi et à quel âge : \_\_\_\_\_

Combien de fois ? \_\_\_\_\_ Durée du (des) séjour(s) ? \_\_\_\_\_

## Médicaments

Actuellement, prend-il des médicaments ? Oui  Non

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

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

Pour combien de temps ? \_\_\_\_\_

Quelle approche de santé, privilégiez-vous ?

Naturopathie ? Oui  Non

Homéopathie ? Oui  Non

Médecine familiale ? Oui  Non

Clinique ? Oui  Non

CLSC ? Oui  Non

Hôpital ? Oui  Non

## Immunisation

*Voici la liste des vaccins que votre enfant devrait recevoir*

| 2, 4, 6 et 18 mois   | 12 et 18 mois       | 4 à 6 ans                              | 4 <sup>e</sup> année primaire       | 14 à 16 ans                          |
|--|---------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <b>VACCINS</b>   |                     |  |                                     |                                      |
| DCT-Polio-HIB  | RRO                 | DCT-Polio                              | Hépatite B                          | D2T5-Polio                           |
| <b>Protection contre</b>   |                     |  |                                     |                                      |
| Diphtérie<br>Coqueluche<br>Tétanos<br>Poliomyélite<br>Haemophilus<br>Influenzae type B | Rougeole<br>Rubéole | Diphtérie<br>Oreillons<br>Poliomyélite | Hépatite B<br>Coqueluche<br>Tétanos | Diphtérie<br>Tétanos<br>Poliomyélite |

## À REMETTRE

*Veillez fournir une copie du carnet de vaccination de votre enfant.*

**FICHE SOCIALE**

Votre enfant a-t-il déjà fréquenté une garderie ou un CPE ? Oui  Non

S'est-il déjà fait garder par des personnes autres que les membres de la famille ? Oui  Non

A-t-il des frères et sœurs ? Oui  Non

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il s'entend bien avec ses frères et sœurs ? Oui  Non

Y a-t-il eu des changements majeurs dans la situation familiale tels que divorce, mortalité, etc. qui auraient eu quelques influences sur le comportement émotif de l'enfant ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Autres renseignements pouvant aider l'éducatrice : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment l'enfant réagit-il face à une contradiction ?

Calmement Oui  Non

En crise Oui  Non

Agressif verbalement Oui  Non

Agressif physiquement Oui  Non

## COMPORTEMENT ET DÉVELOPPEMENT

A-t-il des habitudes particulières (traîner une couverture, sucer son pouce, etc.) ?

---

---

A-t-il des frayeurs particulières (chiens, sirènes, cauchemars, etc.) ?

---

---

Emploie-t-il un vocabulaire spécial pour désigner certaines choses, actions ou personnes ?

---

---

Présente-t-il une particularité dans son comportement ? Est-il :

Calme \_\_\_\_\_ Sociable \_\_\_\_\_ Ordonné \_\_\_\_\_ Anxieux \_\_\_\_\_

Actif \_\_\_\_\_ Timide \_\_\_\_\_ Créatif \_\_\_\_\_ Observateur \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

---

A-t-il des aptitudes particulières ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

---

Dort-il habituellement l'après-midi ?

Oui  Non

Sommeil de l'enfant :

Calme \_\_\_\_\_ Agité \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS

### Fiche médicament

*Veillez prendre note que la garderie Le Jumello administre un médicament seulement avec l'autorisation écrite du parent et une prescription du médecin traitant.*

*À cette fin, la fiche « **Autorisation pour l'administration de médicaments** » doit être remplie et signée avant que l'éducatrice puisse administrer le médicament **prescrit** à l'enfant.*

### Autorisation en cas d'urgence

*J'autorise, par la présente, La garderie Le Jumello et les membres de son personnel à prendre les dispositions nécessaires relativement à la santé de mon enfant en **cas d'urgence**.*

Oui  Non

### Autorisation si l'enfant est malade, blessé, etc.

*J'autorise, par la présente, La garderie Le Jumello à consulter le personnel médical du CLSC, d'autres cliniques ou hôpitaux pour exercer toute intervention jugée pertinente pour la santé de mon enfant. Cependant, le personnel de la garderie doit préalablement tenter de m'aviser de la situation.*

Oui  Non

### Autorisation pour l'intervention du CSSS

*J'autorise, par la présente, l'équipe **Enfance-famille du CSSS** à procéder aux examens de dépistage ou autres examens jugés pertinents pour la santé et le développement de mon enfant à la garderie Le Jumello.*

Oui  Non

## AUTORISATION DE SORTIE

*J'accepte que \_\_\_\_\_ participe aux sorties organisées par la garderie, soit :*  
(prénom et nom de l'enfant)

*Promenade à pied*

Oui  Non

*Transport organisé (autobus loué par la garderie)*

Oui  Non

**N.B. : Les parents sont prévenus à l'avance pour les sorties extérieures exigeant un transport.**

**N.B. : Afin que les sorties organisées se concrétisent, nous souhaitons avoir assez d'adultes pour accompagner nos éducatrices afin d'assurer un maximum de sécurité. Nous avons fixé le ratio à un adulte pour quatre (4) enfants. En cas d'insuffisance de bénévoles, la sortie sera reportée ultérieurement.**

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature