

En vertu de la *Child Care Regulation 31*, chaque titulaire de permis est tenu de posséder un dossier mobile renfermant des renseignements sur chaque enfant inscrit au centre en cas d'urgence.

Date : ____/____/____
(Année/Mois/Jour)

Nom de l'enfant : _____ Numéro d'assurance-maladie : _____
Date de naissance : ____/____/____ Numéro de Group Medical Services ou de
(Année/Mois/Jour) Medical Services Incorporated : _____
Nom de la mère : _____ **Nom du père :** _____
Adresse : _____ Adresse : _____
Code postal : _____ Code postal : _____
Téléphone à la maison : _____ Téléphone à la maison : _____
Téléphone au travail : _____ Téléphone au travail : _____

Deux autres personnes à joindre en cas d'urgence :

1. Nom : _____ **2. Nom :** _____
Lien avec l'enfant : _____ Lien avec l'enfant : _____
Téléphone à la maison : _____ Téléphone à la maison : _____
Téléphone au travail : _____ Téléphone au travail : _____

Nom du médecin de famille : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____

L'enfant a-t-il déjà souffert de l'un ou l'autre de ces problèmes de santé?

- | | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Maux d'oreilles | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Amygdalite |
| <input type="checkbox"/> Bronchite | <input type="checkbox"/> Eczéma | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Rhumes fréquents | <input type="checkbox"/> Pneumonie | <input type="checkbox"/> Autre _____ |
| <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Grippe | <input type="checkbox"/> Polio | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie laryngienne(croup) | <input type="checkbox"/> Blessures | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | |
| <input type="checkbox"/> Diphtérie | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Scarlatine | |

Nommez toutes les allergies connues de l'enfant.

Médicaments	Aliments	Autres
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nommez tous les médicaments qu'il prend de façon régulière :

Nommez tous les problèmes de santé connus de l'enfant :

Nommez les limites et les besoins particuliers de l'enfant en raison de ce traitement médical :
