



FICHE SANTÉ Parents

Nom		Adresse	
Prénom			
Sexe	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	Ville
Âge		Province, Pays	
Date de naissance		Code postal	
No d'assurance-maladie + Date d'expiration			

Nom de deux membres de la famille que nous pouvons contacter en cas d'urgence			
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Tél. maison		Tél. maison	
Tél. travail		Tél. travail	

Vous souffrez de :	Autres recommandations et commentaires :
<input type="checkbox"/> Asthme	
<input type="checkbox"/> V.I.H.	
<input type="checkbox"/> Épilepsie	
<input type="checkbox"/> Trouble de la vue	
<input type="checkbox"/> Diabète	
<input type="checkbox"/> Sensibilité de la peau	
<input type="checkbox"/> Incontinence	
<input type="checkbox"/> Allergies	
Allergies, précisez :	
Médicaments, précisez :	

IMPORTANT

En signant cette fiche, je permets au médecin, à l'infirmière et aux responsables du stage à me donner les premiers soins. Si l'Istorlet ne peut rejoindre un membre de ma famille, j'autorise, s'il y a lieu, une intervention chirurgicale d'urgence.

Je m'engage à fournir toutes nouvelles informations médicales me concernant à la direction générale.

Signature		Date	
------------------	--	-------------	--