

Autorisez-vous des personnes autres que les parents/tuteurs à venir chercher l'enfant?

Oui Non

Si d'autres personnes sont autorisées à venir chercher l'enfant, veuillez les identifier.

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS DE L'ENFANT

Problèmes	Médicaments	Allergies	Médicaments
<input type="radio"/> Otite	_____	<input type="radio"/> Rhume des foins	_____
<input type="radio"/> Convulsions	_____	<input type="radio"/> Herbe à puce	_____
<input type="radio"/> Diabète	_____	<input type="radio"/> Piqûre d'abeille	_____
<input type="radio"/> Hyperactivité	_____	<input type="radio"/> Pénicilline	_____
<input type="radio"/> Asthme	_____	<input type="radio"/> _____	_____
<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____	_____
<input type="radio"/> _____	_____	<input type="radio"/> _____	_____

L'enfant présente-t-il des difficultés comportementales? Si oui, décrire :

L'enfant a-t-il reçu un diagnostic ou est-il en attente d'un diagnostic? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Autres commentaires ou recommandations :

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Signature : _____ Date :

Année		Mois		Jour		