

## FICHE SANTÉ

ATTENTION SPÉCIALE REQUISE    OUI     NON

IDENTIFICATION :

Adulte  / Jeune

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_    No assurance-maladie: \_\_\_\_\_    Exp. \_\_\_ / \_\_\_

Si mineur, nom de la mère/père/tuteur : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone 1 : \_\_\_\_\_ Téléphone 2 : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

ANTÉCÉDENTS DE SANTÉ :

- |                                 |                          |     |                          |     |                                |                          |     |                          |     |
|---------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| 1. ASTHME                       | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 18. MAUX DE VENTRE             | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 2. ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 19. MENSTRUATION               | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 3. CONJONCTIVITE                | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 20. OTITE                      | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 4. CONVULSIONS                  | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 21. PALPITATIONS CARDIAQUES    | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 5. DIABÈTE                      | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 22. PERTE DE CONSCIENCE        | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 6. ÉPILEPSIE                    | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 23. PEURS / PHOBIES            | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 7. HANDICAP INTELLECTUEL        | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 24. PROBLÈME CUTANÉ            | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 8. HANDICAP PHYSIQUE            | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 25. PROBLÈME DE COMPORTEMENT   | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 9. HYPERACTIVITÉ                | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 26. PROBLÈME DIGESTIF          | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 10. HYPERTENSION ARTÉRIELLE     | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 27. PROBLÈMES MUSCULAIRES      | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 11. HYPERVENTILATION            | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 28. PROBLÈMES NEUROLOGIQUES    | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 12. HYPOGLYCÉMIE                | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 29. PROBLÈME VISUEL (LUNETTES) | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 13. INCONTINENCE                | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 30. SAIGNEMENT DE NEZ          | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 14. INSOMNIE / CAUCHEMARD       | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 31. SOMNAMBULISME              | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 15. MALFORMATION CARDIAQUE      | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 32. TROUBLES AUDITIFS /SURDITÉ | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 16. MAUX DE DOS                 | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 33. TROUBLES RESPIRATOIRES     | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |
| 17. MAUX DE TÊTE                | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non | 34. AUTRES... SPÉCIFIEZ        | <input type="checkbox"/> | oui | <input type="checkbox"/> | non |

Les vaccins sont-ils à jour ?     oui     non

Le vaccin du tétanos est-il à jour (moins de 10 ans) ?     oui     non

Les antécédents médicaux limitent-ils les activités physiques ?     oui     non

Dans le cas d'une réponse positive, lesquelles : \_\_\_\_\_

AUTRES COMMENTAIRES : \_\_\_\_\_

