



Service de supervision des droits d'accès

400 Boul. St-Martin Ouest - bureau 308

Laval, Québec

H7M 3Y8

Tél. : 450 254-0186

sda@perspectivefamille.org

FICHE SANTÉ

UN FORMULAIRE PAR ENFANT

Nom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

No. Carte d'assurance maladie : _____ Expiration : _____

Tél. du parent : _____

Tél. d'urgence secondaire : _____

Allergie(s) : _____

Médication : _____

Autre(s) information(s) : (Exemple : pas de transfusion sanguine, soins en cas de réaction allergique, etc.)

J'accepte que mon enfant reçoive les soins d'urgences nécessaires si la situation se présente. Les soins seront administrés par l'équipe de Perspective Famille ou par les services d'urgence.

Signature du parent

Date

Signature de l'intervenant(e) de Perspective Famille

Date