

**À remplir obligatoirement pour chaque enfant participant (avec ou sans déficience)
et à nous retourner avec votre formulaire d'inscription.**

IDENTIFICATION

Prénom et nom de l'enfant : _____
 Date de naissance : ____/____/____ Âge : _____ Taille : _____ Poids : _____ Sexe : M F
 Prénom et nom de la mère : _____
 Prénom et nom du père : _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Pathologie(s) : _____
 Degré de vision : Voyant Semi-voyant Cécité
 Autre(s) déficience(s) : _____
 Indiquez tout problème de santé chronique (allergie, asthme, épilepsie, diabète, etc.) : _____

 Quelles sont les indications quant à ce problème de santé? : _____

MÉDICATION *Indiquez les médicaments à administrer à votre enfant, incluant ceux pour lesquels une ordonnance n'est pas requise.*

Nom du médicament	Posologie	Heures	Façon de l'administrer

ROUTINES

ALIMENTATION

Allergies, intolérances alimentaires, diète spéciale : _____

 Dose d'adrénaline (ÉpiPen ou Ana-Kit) : Oui Non Si oui, où se trouve-t-elle ? : _____

 Aliments : Biberon Purée Coupés Mange seul : Oui Non
 Breuvage : Gobelet Verre Autre Précisez : _____
 À quelle heure mange-t-il habituellement? Dîner : _____ Souper : _____
 Collation en après-midi : Oui Non Heure : _____ En soirée : Oui Non Heure : _____

Est-ce qu'il y a des aliments ou textures qu'il aime ou n'aime pas? Lesquels ? : _____

S'il boit au biberon : Quelle est sa routine?

Heure : _____ Quantité : _____

De quelle façon boit-il son lait? : Réchauffé Froid

Si réchauffé : Au four à micro-ondes À l'eau chaude

SIESTE/COUCHER

Une sieste est-elle nécessaire? Est-ce que l'éducatrice doit coucher votre enfant avant votre retour? :

Oui Non Si oui, indiquer l'heure, la durée et à l'endroit (dans un parc, sur un matelas ou autre) :

Instructions et habitudes de votre enfant pour l'aider à s'endormir (aime être bercé, doudou, suce...):

TOILETTE/PROPRETÉ

Urine : Couche Toilette Selle : Couche Toilette

Utilisez-vous un produit pour l'érythème fessier (oxyde de zinc ou autre) et est-ce que l'éducatrice doit l'appliquer : Oui Non Si oui, lequel et où se trouve-t-il ? : _____

ACTIVITÉS APPRÉCIÉES

Quelles sont les activités favorites de votre enfant? : _____

Pour le reconforter, qu'est-ce que votre enfant aime? : _____

Comment réagit habituellement votre enfant à votre départ? : _____

COMMENTAIRES

Commentaires/besoins spécifiques: _____

Signature du parent : _____

Date : _____

S.V.P. Veuillez nous mentionner tout changement de l'état de santé, le jour de l'événement. Merci !