

Fiche de santé du participant

Coordonnées

Nom de l'enfant : _____

Âge : _____

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Vit avec :

Parents Mère Père Famille d'accueil Tuteur légal

Adresse : _____

Ville, Province _____ Code postal _____

Téléphone # 1 _____ Travail #1 _____

Téléphone # 2 _____ Travail # 2 _____

Date naissance _____

Numéro d'assurance maladie _____

Diagnostic _____

Autres conditions médicales associés _____

Difficulté motrice _____

Médication : Non
Oui _____

Asthme : : Non
Oui _____

Allergies : : Non
Oui _____

À contacter en cas d'urgence _____
Tel. _____

À contacter en cas d'urgence _____
Tel. _____

Grandeur de ses vêtements : _____ (pour habit de joueur)

Communication (cocher)

Mode de communication

Verbal Gestuel Pictogramme

Problème auditif (détailler) : _____

L'enfant répond à ...

Appel de son nom Consignes simples Signes Pictogrammes
(détailler au besoin) _____

L'enfant est capable d'exprimer...

	Verbalement	Non verbalement	Ne l'exprime pas
sa faim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sa soif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
son besoin d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
son besoin d'aller aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il a mal/s'est fait mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il se sent malade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il a peur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il est triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il est fâché/contrarié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il est content	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il est déçu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il aime une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qu'il n'aime pas une activité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'enfant est capable...

D'entrer en contact avec d'autres enfants D'entrer en contact avec des adultes
(détaillez au besoin les particularités) _____

L'enfant peut être encouragé, félicité ou motivé par les moyens suivants...

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Comportements et problématiques spécifiques

(cocher si s'applique et détailler)

- Agressivité physique _____
- Agressivité verbale _____
- Automutilation _____
- Fugue _____
- Comportement sexuel inadéquat _____
- Obsessions/phobie _____
- Épilepsie /convulsions _____
- Asthme _____
- Allergie _____
- Problèmes cardiaques _____
- Acuité visuelle _____
- Acuité auditive _____
- Présence d'instabilité atloïdo-axiale (vertèbres du cou pour trisomie 21) _____

- Autres _____

Activités sportives individuelles ou collectives que l'enfant a déjà pratiqué ou pratique actuellement :


_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Coin Parents

commentaires

Signature parent _____

Date _____

Merci de votre collaboration 
Club de Soccer adapté des Étoiles de L'Est

Pour information ou question : Françoise Charbonneau 450-661-9696
Courriel : etoilesfnances@hotmail.com