**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Dans le cadre des activités Solutions-Répits, nous aimerions recueillir différentes informations pour permettre aux intervenants de mieux répondre à vos besoins.**

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** |  |
| **Adresse :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Âge de l’enfant :** | **Date de naissance** : |
| **Numéro assurance-maladie :** |  |
| **Nom du médecin traitant :** |  |
| **Personne à contacter en cas d’urgence :** |  |
| **Téléphone :** | **Cellulaire :** |
| **Père :** |  **Téléphone :** |
| **Mère :** |  **Téléphone :** |
| **Autre :** | **Téléphone :** |
| **Adresse courriel :** |  |
| **Nom de l’intervenant au dossier de l’enfant** |  |

**HABITUDES DE VIE : Habillement (particularités, aide, etc.)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Hygiène et propreté (besoins, fréquence, aide, etc.)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Alimentation (préférences, refus, allergies, aide, etc.)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Problème de santé, traitements, besoins particuliers**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Préférences dans les jeux, activités, sport**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Autres renseignements :plan d’intervention s.v.p. si vous en avez un ou autre suivi pertinent**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Tous les renseignements que vous nous avez communiqués seront traités confidentiellement.**

**Si vous avez des questions ou des suggestions à nous faire, n’hésitez pas à nous contacter**

**à l’Association au 418-228-0030, poste 31312 ou par courriel au :** **apedah@hotmail.com**

 **Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_