

SERVICE DE GARDE D'ENFANTS MALADES A DOMICILE

FICHE DE L'ENFANT

1. Loisirs

- **Quels sont ses loisirs favoris ?**

.....

- **Avec quels jeux apprécie-t' il ou t'elle de jouer ?**

.....

- **A t'il ou a t'elle un film ou un livre préféré ?**

.....

- **Peut il/t'elle regarder la télévision ?**

.....

2. Sommeil / Repas

- **A-t-il/t'elle une habitude particulière avant de se coucher ?**

.....

- **Faut il le / la réveiller en cours de sieste ?**

.....

- **A – t'il /t'elle un doudou ?**

.....

- **Y-a-t-il des aliments qu'il/elle ne digère pas ? Oui / Non**

Si oui, lesquels ?

.....

.....

- A – t- il /t’elle un régime particulier à suivre ? Oui / Non

Si oui , lesquels ?

.....

3. Santé

- Quel est son poids ? sa taille ?
- L’enfant souffre – t- il de :

	OUI	NON	Si oui, quel est son traitement habituel. Comment réagir ? quelles précautions particulières prendre ? Merci de compléter si nécessaire !
Diabète			
Maladie cardiaque			
Epilepsie			
Affection de la peau			
Somnambulisme			
Insomnie			
Asthme			
Sinusite			
Bronchite chronique			
Saignement de nez			
Maux de tête			
Maux de ventre			
Coups de soleil			
Constipation			
Diarrhée			
Vomissements			
Mal de route			
autres			

- **A-t-il/t'elle subi une maladie ou une intervention chirurgicale grave ? OUI / NON**
Si OUI, quand et laquelle ?

.....
.....
.....

- **Est il/ elle allergique ?**

1. **A certains produits alimentaires ? oui/ non Si oui , lesquels ?**

.....
.....

2. **A certains médicaments ? oui / non Si oui, lesquels ?**

.....
.....

3. **A d'autres choses ?**

.....
.....

- **Souffre-t-il/t'elle d'un handicap ? oui/non**
Si oui, lequel ?

.....
.....

- **Fournir une copie de la carte de vaccination.**

Fait à, le.....

Certifié sincère
Signature,

Parent(s) / tuteur(s)