



Regroupement  
des familles monoparentales  
et recomposées de Laval

**Service de supervision des droits d'accès**

400 Boul. St-Martin Ouest - bureau 308

Laval, Québec

H7M 3Y8

Tél. : 450 254-0186

[sda@rfmrl.org](mailto:sda@rfmrl.org)

---

## FICHE SANTÉ

UN FORMULAIRE PAR ENFANT

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

No. d'assurance maladie et date d'expiration : \_\_\_\_\_

Tél. du parent : \_\_\_\_\_

Tél. d'urgence : \_\_\_\_\_

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 du Regroupement des familles monoparentales et recomposées de Laval ou par les services d'urgence.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'intervenant(e) du RFMRL

\_\_\_\_\_  
Date