

FICHE D'INFORMATIONS PERSONNELLES

INFORMATION PERSONNELLE	
Nom et prénom	Date de naissance (j/m/a)
Adresse	Téléphone
Adresse courriel	Contact en cas d'urgence
INFORMATION MÉDICALE	
Souffrez-vous des problèmes de santé suivants :	OUI NON
Problème respiratoire ou asthme	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Préciser _____
Maladie du système immunitaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maladie congénitale du système immunitaire	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Maladie inflammatoire chronique (ex. : psoriasis, arthrite, maladie de crohn, etc..)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Saignement du nez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Trouble cardiaque	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Trouble de la thyroïde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Épilepsie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Évanouissements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Migraine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problème visuel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Problème auditif	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Autres problème de santé _____	
Prenez-vous des médicaments ?	
Immunosupresseurs <input type="checkbox"/>	Insuline <input type="checkbox"/> Antipyrétique <input type="checkbox"/>
Anti-inflammatoire <input type="checkbox"/>	Adrénaline <input type="checkbox"/>
Autre spécifier : _____	
Votre carnet de santé est-il à jour?	
OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Signature du stagiaire :	
Date :	
AUTORISATION PARENTALE POUR TOUS LES STAGIAIRES DE MOINS DE 18 ANS.	
Je comprends qu'il relève aussi de ma responsabilité d'aviser les responsables du laboratoire aussitôt que possible de tout changement de l'état de santé de mon enfant. Dans l'éventualité où une situation d'urgence se présenterait durant le séjour et qu'il serait impossible de me joindre ou de joindre la personne que j'aurai identifiée à ce propos, j'autorise le médecin, le personnel infirmier ou les secouristes de l'établissement à examiner mon enfant et à procéder au besoin à son traitement. J'autorise les responsables à envoyer mon enfant à l'hôpital ou à la clinique, si cela s'avérait nécessaire.	
Signature du parent:	
Date :	

NB : Ces informations seront traitées de manière confidentielle. Seul le responsable du laboratoire et le comité de biosécurité et le personnel du bureau de santé sur le campus en seront informés pour assurer la sécurité du stagiaire durant son séjour.