



Dre Alexia Leblanc Houde, Chiropraticienne

Votre enfant souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de :		
<input type="checkbox"/> Allergie(s)	<input type="checkbox"/> Colique	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> Anémie	<input type="checkbox"/> Infection	<input type="checkbox"/> Rubéole
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Maux de tête / cou	<input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Maux dos	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Constipation	<input type="checkbox"/> Otites	<input type="checkbox"/> Oreillons
<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Rhume	<input type="checkbox"/> Sinusite
	<input type="checkbox"/> Fracture / entorse	<input type="checkbox"/> Problème cardiaque
	<input type="checkbox"/> Autres : _____	

En répondant par oui ou par non, votre enfant a-t-il déjà :

	Oui	Non	
Été hospitalisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Subi une opération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Été victime d'un accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fait une chute sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Porté des orthèses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Été traité par antibiotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Je déclare que toutes les informations fournies ci-dessus sont complètes et exacte et je consens aux examens nécessaires de mon enfant.

Signature du parent ou tuteur : _____ date : _____