



Mon enfant a un problème de santé : Oui  Non

<p><b>Nom (élève) :</b> _____</p> <p><b>Prénom :</b> _____</p> <p><b>Sexe :</b> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p> <p><b>Date de naissance :</b> _____</p> <p><b># d'assurance maladie :</b> _____</p> <p><b>Date d'expiration de la carte :</b> Année ____ Mois ____</p> <p><b>Langue parlée à la maison :</b> _____</p> <p><b>Adresse (incluant l'appartement et le code postal) :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Téléphone (maison) :</b> _____</p> <p><b>Téléphone (cellulaire) :</b> _____</p> <p><b>Téléphone (cellulaire) :</b> _____</p>	<p><b>Nom de l'école :</b> _____</p> <p><b>Groupe-repère :</b> _____</p> <p><b># Fiche :</b> _____</p> <p><b>Fratrie (frère ou sœur) à l'école :</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>L'enfant concernant la présente fiche demeure avec :</b></p> <p>Les deux parents <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>L'un des parents <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : _____</p> <p>Un tuteur ou une tutrice <input type="checkbox"/></p> <p>Nom : _____</p>
--	---

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence

<p style="text-align: center;"><b>Parent</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Tél. rés. : _____</p> <p>Tél. trav. : _____</p> <p>Tél. cell. : _____</p> <p>Courriel : _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Parent</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Tél. rés. : _____</p> <p>Tél. trav. : _____</p> <p>Tél. cell. : _____</p> <p>Courriel : _____</p>
<p style="text-align: center;"><b>Tuteur</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Tél. rés. : _____</p> <p>Tél. trav. : _____</p> <p>Tél. cell. : _____</p> <p>Courriel : _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>Autre</b></p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Tél. rés. : _____</p> <p>Tél. trav. : _____</p> <p>Tél. cell. : _____</p> <p>Courriel : _____</p>

### Transport à l'hôpital ou à la clinique

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

### Intervention d'urgence à l'école

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

### Transmission de l'information

N.B. : En cas d'urgence, les informations apparaissant sur la présente fiche seront systématiquement transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourront alors intervenir auprès de l'élève.

**SVP, aviser l'école de tout changement pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.  
Compléter et signer le verso.**

### Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

<b>Allergie (s) sévère (s)</b>	Oui	Non
Alimentaire (préciser) : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piqûres d'insectes (préciser) _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotique (préciser) : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (s) (préciser) : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Médicaments (allergie(s) sévère(s)) prescrits</b>	Oui	Non
Épipen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre médicament (préciser) : _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom du médecin :		
Nom de l'hôpital ou la clinique :		

<b>Autorisation</b>	Oui	Non
J'autorise l'infirmière et tout personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise le personnel de l'école à administrer AUTRE MÉDICAMENT mentionné sur cette feuille à mon enfant, si nécessaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses (ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune (de 14 ans et plus)**

**Date**

<p>Espace réservé à l'usage de l'infirmière ou du personnel de l'école</p> <p><b>NOTES :</b></p>
--