



# Fiche urgence-santé 2016-2017

## Renseignements généraux

**La fiche doit être remplie obligatoirement à chaque année par le parent.**

Nom (élève) : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ N° du local de sa classe : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Sexe : F  M  Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

N° d'assurance maladie : | | | | | | | | | | | | | | | | Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois

Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence

L'enfant demeure chez  père  mère ou  autres

MÈRE	PÈRE
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
☎ rés. : _____	☎ rés. : _____
☎ trav. : _____	☎ trav. : _____
☎ autre : _____	☎ autre : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
AUTRE	AUTRE
Lien : _____	Lien : _____
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
☎ rés. : _____	☎ rés. : _____
☎ trav. : _____	☎ trav. : _____
☎ autre : _____	☎ autre : _____

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 ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).

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

Oui  **Si oui, remplir le verso →**  
Non

S.v.p. **aviser l'école de tout changement** pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.

N.B. : Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

\*

Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus

\* Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour



# Fiche urgence-santé 2016-2017

## Renseignements complémentaires

(À remplir seulement si l'élève a un problème de santé ou des allergies pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

L'état de santé de l'élève a-t-il changé depuis l'an passé : Oui  Non

L'élève présente-t-il :

<b>ALLERGIE SÉVÈRE :</b>	
➤ Alimentaire :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
➤ Piqûres d'insectes :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
➤ Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____	
Nécessite un médicament d'urgence :	
Oui <input type="checkbox"/>	Épipen : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Autre : _____

Hôpital :	Médecin :
-----------	-----------

<b>DIABÈTE :</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Médicament d'urgence : Oui <input type="checkbox"/>	Lequel ? : _____
Non <input type="checkbox"/>	
Traitement d'urgence, si hypoglycémie, précisez : _____	

<b>AUTRES : L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école ?</b>	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____	
Recommandation médicale d'urgence : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Précisez : _____	

J'autorise l'infirmière du CLSC à communiquer les informations inscrites ci-dessus, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de l'élève.

\* \_\_\_\_\_  
Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus

\* Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour