



Mon enfant a un problème de santé : Oui Non

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

Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence

Parent	Parent
Nom : Prénom : Tél. rés. : Tél. trav. : Tél. cell. : Courriel :	Nom : Prénom : Tél. rés. : Tél. trav. : Tél. cell. : Courriel :
Tuteur	Autre
Nom : Prénom : Tél. rés. : Tél. trav. : Tél. cell. : Courriel :	Nom : Prénom : Tél. rés. : Tél. trav. : Tél. cell. : Courriel :

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"/>			

Allergie (s) sévère (s)	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"/>

Médicaments (allergie(s) sévère(s)) prescrits	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 :		

Autorisation	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>NOTES :</p>
--