



# urgence-santé

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Fille  Garçon Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

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

## NUMÉROS POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

### MÈRE

Nom : \_\_\_\_\_  
① Maison : \_\_\_\_\_  
① Travail : \_\_\_\_\_ poste  
① Cellulaire : \_\_\_\_\_  
① Autre : \_\_\_\_\_

### PÈRE

Nom : \_\_\_\_\_  
① Maison : \_\_\_\_\_  idem  
① Travail : \_\_\_\_\_ poste  
① Cellulaire : \_\_\_\_\_  
① Autre : \_\_\_\_\_

AUTRE PERSONNE, LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_  
① Maison : \_\_\_\_\_  
① Travail : \_\_\_\_\_ poste  
① Cellulaire : \_\_\_\_\_  
① Autre : \_\_\_\_\_

AUTRE PERSONNE, LIEN DE PARENTÉ : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_  
① Maison : \_\_\_\_\_  
① Travail : \_\_\_\_\_ poste  
① Cellulaire : \_\_\_\_\_  
① Autre : \_\_\_\_\_

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, 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 votre enfant présente un tel problème de santé? Oui  Non  Si oui, veuillez compléter le verso.

S.V.P., **aviser l'école de tout changement** pouvant survenir au cours de la présente année scolaire.

**Si votre enfant doit prendre une médication sur une base régulière, veuillez annexer à cette fiche la liste des médicaments, advenant un appel aux services ambulanciers.**

**N.B. :** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises, au besoin, à l'infirmière et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de votre enfant.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent, tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

# Fiche

École Ste-Clotilde

## urgence-santé

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

**Allergie sévère**

Alimentaire	Piqûre d'insecte	Autre
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Médicament à l'école** Oui  Non  Lequel : \_\_\_\_\_

---

**Diabète** Oui  Non

**Médicament à l'école** Oui  Non  Lequel : \_\_\_\_\_

---

Votre **enfant** présente-t-il un autre problème de santé pouvant **nécessiter une intervention d'urgence à l'école?**

Oui   
Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**Médicament à l'école** Oui  Non  Lequel : \_\_\_\_\_

---

Réservé à l'infirmière

---

---

---

---