



IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Groupe : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : Fille Garçon

Adresse : _____ Date de naissance : _____
Année Mois Jour
Année Mois

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

PARENT 1 :	PARENT 2 :	AUTRE PERSONNE :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél. domicile :	Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. cellulaire :	Tél. cellulaire :	Tél. cellulaire : Poste :
Tél. autre :	Tél. autre :	Tél. autre :
Courriel :	Courriel :	Courriel :

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.

J'autorise l'infirmier(ère) et le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche, ainsi qu'à faire évaluer par l'infirmière l'état de santé de mon jeune de moins de 14 ans, si l'école en fait la demande. (ex : pédiculose, malaises ou signes d'infections)

Signature du parent, tuteur ou élève de 14 ans et plus.

Date : Année Mois Jour

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE : _____

VOTRE ENFANT POURRAIT-IL ÊTRE À RISQUE DE NÉCESSITER DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE TEL QUE :

Allergie sévère nécessitant une injection d'adrénaline :

Alimentaire Oui Précisez : _____
Piqûre d'insecte Oui Précisez : _____
Autre Oui Précisez : _____

Médicament à l'école : AUTO-INJECTEUR : Oui Lequel : _____ Date d'exp : _____
 Non
Autre : _____

Diabète Oui L'administration d'insuline est requise à l'école : Oui Non
 Stylo Pompe précisez : _____

Autres Médicament à l'école : Oui Lequel : _____
 Non

—————> **SVP transmettre le plan d'intervention de l'hôpital à l'infirmière.**

Épilepsie : Oui Médication à l'école : précisez lequel : _____

Autres (ex. Asthme)

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

Oui Précisez : _____
 Non

Est-ce que votre **enfant** doit prendre un **médicament durant les heures de cours ?**

Oui Lequel : _____
 Non

IL EST RECOMMANDÉ QUE TOUTE PERSONNE AYANT UNE CONDITION DE SANTÉ PARTICULIÈRE ET NÉCESSITANT DES SOINS D'URGENCE PORTE UN BRACELET DE TYPE MÉDIC-ALERT.

L'ÉVALUATION INITIALE FAITE PAR L'INFIRMIÈRE EST VALIDE POUR UNE DURÉE DE DEUX ANS.

S.V.P, VEUILLEZ AVISER L'ÉCOLE ET L'INFIRMIÈRE DE TOUT CHANGEMENT.

Réservé à l'infirmière
