



École:  —

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

20\_\_ - 20\_\_

Nom de famille :		Prénom:		
<small>groupe-repère</small>	<small>Classe</small>	No. de fiche :	Langue parlée à la maison:	<small># autobus</small>
Date de naissance :				

ADRESSE PRINCIPALE

<small>no. civique</small>	<small>genre (rue, boul., ave...)</small>	<small>rue</small>	<small>appartement</small>	<small>ville / arrondissement</small>	<small>code postal</small>
Téléphone à la maison			autre(s) numéro(s) de téléphone		

Changement d'adresse

Vous devez apporter deux preuves d'adresse à l'école pour que votre nouvelle adresse soit inscrite au dossier de votre enfant.

POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE

L'école doit avoir un endroit pour vous joindre en tout temps en cas d'urgence

Nom du parent (répondant)		Nom du parent (répondant)	
Téléphone au travail		Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire		Téléphone cellulaire	
Adresse courriel		Adresse courriel	
Contact d'urgence		Nom du tuteur (répondant)	
Téléphone à la maison		Téléphone cellulaire	
Téléphone au travail		Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire		Téléphone à la maison	

> Les parents doivent prévenir ces personnes que l'école les contactera en cas d'urgence.

PROBLÈME DE SANTÉ

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé (allergie sévère, diabète, asthme, épilepsie, hémophilie, maladie cardiaque, etc.) qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école.

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui / Non  Si oui, remplir le verso

Il est important d'aviser l'école de tout changement pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.

Notez que les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CSSS et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève et seront conservées de façon confidentielle au CSSS.

SIGNATURE DU PARENT

Parent  Tuteur  Élève de 14 ans et plus

> J'autorise le personnel infirmier et tout autre personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Prendre note qu'un dossier sera ouvert au CSSS pour inscrire les vaccins que votre enfant a reçus.

> En cas de situation de malaise, j'autorise le personnel de l'école à dispenser les premiers soins à mon enfant. En cas d'urgence, les frais de transport ambulancier sont à la charge des parents ou tuteurs.

signature	Date : ___/___/20__
-----------	---------------------

## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Remplir uniquement si l'élève a un problème de santé 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  NonL'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UNE ALLERGIE SÉVÈRE? *Oui / Non*  (NÉCESSITANT UN MÉDICAMENT)

Alimentaire:	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser	
Piqûre guêpe/abeille:	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser	
Autre allergie:	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser	
<b>Épinéphrine</b> (épipen)	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser	Date d'expiration
Autre:	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser	

## \* L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE?

Diabète	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser
Épilepsie	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser
Asthme sévère	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser
Médicament d'urgence	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser
Traitement ou contre indication	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser

## L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ POUVANT NÉCESSITER UNE INTERVENTION D'URGENCE À L'ÉCOLE?

<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser
Médicament(s) prescrit(s) à prendre durant son temps de présence à l'école?	<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>
Soin(s) de santé à recevoir durant son temps de présence à l'école?	Préciser

Y a-t-il d'autres informations que vous voulez nous transmettre pour assurer le bon fonctionnement de l'élève à l'école?

<i>Oui / Non</i> <input type="checkbox"/>	Préciser
---	----------

Ou communiquez avec l'infirmière de l'école.

&gt; Pour l'éducation physique, toute exemption liée à un problème de santé exige un certificat médical qui doit être remis à la direction.

&gt; S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire. Nous vous recommandons de communiquer directement auprès du personnel scolaire les besoins spécifiques de votre enfant.

## SIGNATURE DU PARENT

[ ] Parent [ ] Tuteur [ ] Élève de 14 ans et plus

signature	Date : ____ / ____ / 20__
-----------	---------------------------