

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de famille			Prénom (s)		
Groupe	Date de début (Année/Mois/Jour)	Date de fin (Année/Mois/Jour)	Programme		
Date de naissance	Année /Mois/ Jour		Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Numéro d'assurance maladie			Date d'expiration	Année /Mois	

ADRESSE PRINCIPALE ⇨ Élève Père et mère Père Mère Tuteur

No. civique	rue	Appartement	Ville/Arrondissement	Code postal
Téléphone à la maison				

AUTRE ADRESSE ⇨ Père Mère Tuteur Ami(e)

No. civique	rue	Appartement	Ville/Arrondissement	Code postal
Téléphone à la maison				

PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

Contact d'urgence	Nom et prénom	Contact d'urgence	Nom et prénom
Téléphone à la maison		Téléphone à la maison	
Téléphone au travail		Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire		Téléphone cellulaire	
Lien de parenté		Lien de parenté	

➤ L'élève doit prévenir ces personnes que le centre les contactera en cas d'urgence.

PROBLÈME DE SANTÉ

Afin d'assurer votre sécurité, le centre doit être informé des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence au centre tels une allergie sévère, le diabète, l'asthme, l'épilepsie, l'hémophilie, une maladie cardiaque ou autre.

Présentez-vous un tel problème de santé? Oui Non

Si oui ⇨ Remplir le verso

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

Notez que les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises aux membres du personnel du centre qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de vous. Si vous avez des problèmes de santé demandant une attention particulière, veuillez le préciser au verso. Cependant, nous vous demandons d'en aviser le personnel enseignant concerné, s'il vous le jugez nécessaire.

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE

Signature	Date	20__/__/__
-----------	------	------------

À REMPLIR AU DÉBUT DE LA FORMATION ET EN CAS DE CHANGEMENT DE L'ÉTAT DE SANTÉ
Conserver dans un cartable

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Remplir uniquement si vous avez un problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence au centre

Votre état de santé a-t-il changé depuis l'an passé?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

PRÉSENTEZ-VOUS UNE ALLERGIE SÉVÈRE? (NÉCESSITANT UN MÉDICAMENT)

Alimentaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser
Piqûre guêpe/abeille :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser
Autre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser

Auto-injecteur (ex : Épipen) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser
--------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------

* SOUFFREZ-VOUS D'UNE MALADIE ?

Diabète	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Asthme sévère	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Hémophilie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Autre :					Préciser

Médicament d'urgence	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser
Traitement ou contre indication	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser

PRÉSENTEZ-VOUS UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ POUVANT NÉCESSITER UNE INTERVENTION D'URGENCE AU CENTRE?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser
Médicament (s) prescrit (s) à prendre durant votre temps de présence au centre ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE

- En cas de situation de malaise, j'autorise le personnel du centre à me dispenser les premiers soins. En cas d'urgence, les frais de transport ambulancier sont à la charge de l'élève.

Signature	Date	20__/__/__
-----------	------	------------

L'élève qui refuse de signer au bas de cette page doit lire le texte qui suit et cocher la case :

Je refuse de signer et je comprends que le centre ne pourra pas être tenu responsable pour des soins non donnés vue l'absence d'information et d'autorisation :