



Fiche:

Fiche de santé de l'élève

Formation Générale des Jeunes

Année scolaire

Utilisation des renseignements personnels: Les renseignements recueillis sont nécessaires afin de modifier l'identité de l'élève ou d'un parent. Ces renseignements seront utilisés aux seules fins décrites, sous réserve des exceptions prévues à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (la Loi). Si vous ne fournissez pas les renseignements, il se peut que le CSSMB ne soit pas en mesure de modifier l'identité de l'élève ou d'un parent. Il est possible que ces renseignements soient communiqués à l'extérieur du CSSMB.

Confidentialité des renseignements personnels: Les renseignements personnels recueillis sont traités de façon confidentielle et accessibles seulement aux membres du personnel pour lesquels ces renseignements sont nécessaires, sous réserve des exceptions prévues à la Loi.

Conservation : Ces renseignements seront conservés pendant la durée de la fréquentation au CSSMB et trois (3) ans après la fin de cette fréquentation.

Droits d'accès et rectification: En tout temps, vous pouvez accéder au présent formulaire et faire rectifier les renseignements qui y sont contenus. À cet égard, vous pouvez en faire la demande auprès de la Responsable de l'accès à l'information à Acces.Information@cssmb.gouv.qc.ca.

Nom de l'école : 139 - Dalbé-Viau

Identification de l'élève:

Nom de famille: _____ Date de naissance : _____
 Prénom(s): _____ Ville, pays de naissance : _____
 Sexe au registre de l'état civil: Masculin Féminin Autre Langue maternelle : _____
 groupe-repère _____ Classe: _____ Langue parlée à la maison : _____

autobus _____

Frères ou sœurs à l'école:

Adresse principale :

Téléphone à la maison: _____ Téléphone au travail (A) : _____

Téléphone au travail (B): _____

L'enfant demeure : Les deux parents Un des parents: _____ Tuteur: _____

POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE

Nom du parent (répondant)		Nom du parent (répondant)	
Téléphone à la maison (si différent de l'adresse plus haut)		Téléphone à la maison (si différent de l'adresse plus haut)	
Téléphone au travail		Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire		Téléphone cellulaire	
Adresse courriel		Adresse courriel	
Nom du tuteur (répondant)		Contact d'urgence	
Téléphone à la maison		Téléphone à la maison	
Téléphone au travail		Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire		Téléphone cellulaire	
Adresse courriel		Adresse courriel	

SVP, remplir et signer le verso



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UNE ALLERGIE SÉVÈRE?

Alimentaire:	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser
Piqûre guêpe/abeille:	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser
Autre(s) allergie(s):	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser
Auto-injecteur épinéphrine (Épipen):	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser Date d'expiration
Autre:	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser

* L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE?

Asthme	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui / Non
Diabète	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) Insulinodépendant: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Prise à l'école Oui / Non
Épilepsie	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui / Non
Anémie falciforme	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui / Non
Problèmes cardiaques	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui / Non
Autre	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui / Non
Autre	Oui / Non <input type="checkbox"/>	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui / Non

*Veuillez noter que la médication à l'école est une mesure exceptionnelle. Vous devrez autoriser toute médication administrée à l'école et fournir la prescription et la médication dans son contenant d'origine. Pour tout changement concernant les besoins spécifiques de votre enfant, veuillez communiquer avec le personnel du secrétariat de l'école.

AUTORISATION

Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur les problèmes de santé suivants : asthme, diabète, épilepsie, anémie falciforme, problèmes cardiaques, allergies, autres	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise l'infirmière à dépister la présence de signes et symptômes de maladies contagieuses et parasitaires (ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un suivi.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Transport ambulancier : Si un transport par ambulance doit être effectué, les frais seront entièrement à la charge des parents ou tuteur.	

SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DU JEUNE DE 14 ANS ET PLUS

Si l'élève a moins de 14 ans ou qu'il est âgé de 14 et plus et qu'il n'est pas apte à consentir, seul le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur peut consentir.
Si l'élève a 14 ans et plus, l'élève, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur peut consentir. La signature du titulaire de l'autorité parentale ou du tuteur demeure toutefois recommandée.

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