



Fiche-santé

Informations générales

2021-2022

Numéro de fiche :

Nom : _____ Prénom : _____

École : _____ Niveau scolaire : _____

Sexe : _____

Date naissance : _____

Pour vous rejoindre au besoin :

RÉPONDANT	RÉPONDANT	AUTRE PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE
Répondant : <input type="checkbox"/> Sexe _____	Répondant : <input type="checkbox"/> Sexe _____	Répondant : <input type="checkbox"/> Sexe _____
Nom : _____	Nom : _____	Lien : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Nom : _____
Rés. : _____	Rés. : _____	Rés. : _____
Trav. : _____	Trav. : _____	Trav. : _____
Cell. : _____	Cell. : _____	Cell. : _____
_____	_____	_____
adresse courriel	adresse courriel	adresse courriel

Adresse du ou des répondant(s)

Répondant: _____
No CIVIQUE _____ RUE/RANG/ROUTE _____ No APP. _____ CASIER POSTAL _____
MUNICIPALITÉ _____ CODE POSTAL _____

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, au latex, diabète ou autres problèmes de santé diagnostiqués par un médecin).

Est-ce que votre enfant présente un tel problème de santé? OUI **Compléter le verso**
NON

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

Signature au verso...



Renseignements complémentaires

Nom et prénom de l'enfant : _____

Est-ce que votre enfant présente un problème de santé ? Si oui, veuillez compléter le questionnaire suivant (cochez si présente) :

Allergie sévère :

Alimentaire, précisez la sorte d'aliment : _____

Piqûre d'insecte, précisez : _____

Latex

Autre, précisez : _____

Médicament à l'école : auto-injecteur : Oui Non

Diabète, nom du médicament à l'école : _____

Asthme, nom du médicament à l'école : _____

Autre maladie ou problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école,

Précisez : _____

Médicament à l'école, nom du médicament _____
(remplir la fiche d'autorisation de distribuer un médicament prescrit)

Autres informations médicales pertinentes pour l'école (handicap, limitation, etc.) :

AUTORISATION (SIGNATURE OBLIGATOIRE)

J'autorise l'infirmière en santé scolaire à communiquer les informations inscrites ci-dessus aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de mon enfant.

SIGNATURE DU PARENT, DU TUTEUR OU DU JEUNE DE 14 ANS OU PLUS

DATE : _____ / _____ / _____
ANNÉE MOIS JOUR