

# Fiche de renseignements et d'urgence-santé

Année scolaire 2017-2018

Nom de l'élève :	Prénom de l'élève :	Degré :
------------------	---------------------	---------

Date de naissance : A \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ J \_\_\_\_\_

Sexe : F  M

No d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Expiration : A \_\_\_\_\_ | M \_\_\_\_\_

Langue maternelle : \_\_\_\_\_ Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_

École/garderie fréquentée l'an dernier : \_\_\_\_\_ Ville ou localité : \_\_\_\_\_

## POUR VOUS REJOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D'URGENCE :

<b>L'ELEVE DEMEURE AVEC :</b>				
Père et mère <input type="checkbox"/>	Père seulement <input type="checkbox"/>	Mère seulement <input type="checkbox"/>	Garde partagée <input type="checkbox"/>	Tuteur(trice) <input type="checkbox"/>

<b>NOM DU PÈRE OU TUTEUR :</b>	<b>Adresse :</b>
▪ Tél. résidence : (____) _____ - _____	No/rue/av. : _____
▪ Tél. au travail : (____) _____ - _____	Ville : _____
▪ Cellulaire : (____) _____ - _____	Code postal : _____ - _____
▪ Courriel : _____	
▪ <b>Urgence</b> - Nom d'une personne à rejoindre si vous êtes absent : _____	Numéro de téléphone : _____
	(____) _____ - _____

<b>NOM DE LA MÈRE OU TUTRICE :</b>	<b>Adresse :</b> <i>Même adresse que ci-haut :</i> <input type="checkbox"/>
▪ Tél. résidence : (____) _____ - _____	No/rue/av. : _____
▪ Tél. au travail : (____) _____ - _____	Ville : _____
▪ Cellulaire : (____) _____ - _____	Code postal : _____ - _____
▪ Courriel : _____	
▪ <b>Urgence</b> - Nom d'une personne à rejoindre si vous êtes absente : _____	Numéro de téléphone : _____
	(____) _____ - _____

À la fin des classes mon enfant retourne à la maison :

seul(e)  un adulte vient le(la) chercher  autobus scolaire  va au service de garde

**N.B. :** Les informations qui apparaissent sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir auprès de l'élève en cas d'urgence.

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

*Fiche urgence-santé au verso à remplir*

**TRANSPORT À L'HÔPITAL**

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé ? Oui  NON

PROBLEME(S) DE SANTE	Problème(s) (précisez s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication : si oui, précisez le nom du médicament et la posologie
Asthme <input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition <input type="checkbox"/>			
Langage <input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques <input type="checkbox"/>			
Épilepsie <input type="checkbox"/>			
Diabète <input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme <input type="checkbox"/>			
Autre(s) <input type="checkbox"/>			

ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S)	Si oui, précisez	Médicament(s) d'urgence
Alimentaire <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Épinen <input type="checkbox"/> Bénadryl <input type="checkbox"/> Twinject <input type="checkbox"/> Allerject <input type="checkbox"/> Autre _____
Piqûres d'insectes <input type="checkbox"/>		
Antibiotique <input type="checkbox"/>		
Autres <input type="checkbox"/>		
Nom du médecin : _____		
Nom de l'hôpital ou de la clinique : _____		

AUTORISATION	Oui	Non
J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise le personnel de l'école à administrer EPIPEN ou AUTRE MÉDICAMENT mentionné sur cette feuille à mon enfant, si nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je consens à fournir à l'école la médication requise, si nécessaire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses (ex. : rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un suivi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école*