

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET AUTORISATION EN CAS DE MALAISE OU D'ACCIDENT ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'élève : _____ Prénom de l'élève : _____

Sexe : F M No d'assurance maladie : _____ Date d'exp. : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Téléphone à la maison : _____

Adresse : _____
no rue municipalité code postal

Niveau scolaire : _____ Service de garde : oui non sporadique

En cas de fermeture d'école

Adresse où conduire l'enfant dans son secteur (gardienne, grands-parents, voisins...)

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____
no rue municipalité code postal

RÉPONDANTS DE L'ÉLÈVE

Garde légale : parent 1 et parent 2 parent 1 parent 2 garde partagée tuteur

Nom et prénom du parent 1 () Téléphone au travail (poste) () Téléphone à la maison () Cellulaire

Nom et prénom du parent 2 () Téléphone au travail (poste) () Téléphone à la maison () Cellulaire

Courriel du parent 1 : _____

Courriel du parent 2 : _____

En cas d'urgence pendant les heures scolaires, vous devez obligatoirement nous fournir le nom d'un voisin ou membre de la famille qu'on pourrait rejoindre s'il est impossible de contacter les parents pour venir chercher l'élève au besoin :

Nom de la personne à contacter Lien avec l'enfant () Téléphone à la maison ou cellulaire

AUTORISATION

❶ Par la présente, j'autorise le personnel responsable de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Cette fiche est à la disposition du personnel responsable (direction de l'école, infirmier(ère), personnel du service de garde, hygiéniste dentaire, personnel enseignant, responsable des premiers soins, TES).

❷ J'autorise aussi la direction de l'école à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près, s'il est impossible de rejoindre les parents.

❸ S'il survient des changements concernant la condition de santé de mon enfant en cours d'année scolaire, je m'engage à en informer l'école ainsi que l'infirmière en santé scolaire.

Signature des parents ou tuteurs

Date

REPLIR LE VERSO ET RETOURNER CETTE FEUILLE À L'ÉCOLE 

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Si votre enfant présente des problèmes importants de santé, veuillez communiquer avec la direction dès la rentrée scolaire.

ASTHME

Votre enfant souffre-t-il d'asthme? oui non

Qu'est-ce qui déclenche l'asthme?

Rhume / grippe oui non

Allergie oui non

Autre(s) _____

Date de la dernière crise _____

A-t-il déjà nécessité des soins d'urgence?

oui non

Doit-il garder un ou des médicaments en permanence à l'école?

oui non

Si oui, lesquels?

Nom dosage fréquence mode d'administration

Nom dosage fréquence mode d'administration

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
■ maladie ou trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ problème visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ problème auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ autre problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ restrictions activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions sur le problème de santé :

Votre enfant prend-il un ou des médicament(s) régulièrement ?

oui non

Si oui, le(s)quel(s)?

Nom dosage fréquence mode d'administration

Nom dosage fréquence mode d'administration

Doit-il le ou les prendre à l'école? oui non

ALLERGIES

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? oui non

Votre enfant souffre-t-il d'intolérance alimentaire? oui non

Si oui, à quoi? _____

Quelles réactions présente-t-il?

	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
■ plaques rouges sur le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ urticaire généralisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ difficultés respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ enflure des lèvres, de la langue et à l'intérieur de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ nausées / vomissements / diarrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre _____

Date de la dernière réaction allergique _____

A-t-il eu besoin de soins d'urgence?

A-t-il eu besoin d'un auto-injecteur d'épinéphrine?

Nom dosage Date d'expiration

É* J'autorise les personnes ayant reçu une formation à administrer à mon enfant, l'auto injecteur d'épinéphrine lors d'une réaction allergique selon la prescription médicale.

P
I
N
É
P
H
R
I
N
E

Signature du parent, du tuteur ou de l'étudiant (de plus de 14 ans)

Date

❖ VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR DEUX (2) PHOTOS RÉCENTES DE VOTRE ENFANT. (AU PRIMAIRE SEULEMENT)

Autorisation d'afficher les photos de mon enfant. oui non

Nom du médecin de famille ou du pédiatre : _____ Nom de la clinique : _____

☞ Si votre enfant a besoin de médicament(s) à l'école, veuillez nous faire parvenir la prescription médicale, le contenant d'origine et compléter le formulaire d'autorisation de l'école.

Selon les problèmes de santé de votre enfant, si vous le jugez pertinent, VEUILLEZ AVISER :

Le service de garde
Les surveillants de dîner
Le(s) chauffeur(s) de l'autobus scolaire