



FICHE URGENCE-SANTÉ

ÉCOLE _____

ANNÉE SCOLAIRE 201__-201__

Code barre-fiche

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de famille		Prénom (s)	
Groupe-repère	Niveau scolaire	Langue parlée à la maison	# Autobus
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 ⇨ Père et mère Père Mère Tuteur Élève

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

AUTRE ADRESSE ⇨ Père Mère Tuteur

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

POUR VOUS REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

L'école doit avoir un endroit pour vous joindre en tout temps en cas d'urgence.

Nom et prénom du père		Nom et prénom de la mère	
Téléphone au travail		Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire		Téléphone cellulaire	

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	

➤ Les parents doivent prévenir ces personnes que l'école les contactera en cas d'urgence.

PROBLÈME DE SANTÉ

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 tels une allergie sévère, le diabète, l'asthme, l'épilepsie, l'hémophilie, une maladie cardiaque ou autre.

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

 Oui NonSi oui ⇨ **Remplir le verso**

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

Notez que les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CSSS et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève. Aussi, un dossier sera ouvert au CSSS ODI (CLSC) pour inscrire les vaccins que votre enfant a reçus.

SIGNATURE DU RÉPONDANT

 Père Mère Tuteur Élève de 14 ans et plus

Signature	Date	201__/__/__
-----------	------	-------------

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Remplir uniquement si l'élève a un problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école

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

L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL 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

Épinéphrine (épipen) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Autre :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, préciser
------------------------	------------------------------	------------------------------	---------	------------------------------	------------------------------	------------------

* L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL 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			

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

L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ POUVANT NÉCESSITER UNE INTERVENTION D'URGENCE À L'ÉCOLE?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser
Médicament (s) prescrit (s) à prendre durant son temps de présence à l'école ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Soin (s) de santé à recevoir durant son temps de présence à l'école ?	Préciser	

Y a-t-il d'autres informations que vous voulez nous transmettre pour assurer le bon fonctionnement de l'élève à l'école ?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Préciser
------------------------------	------------------------------	----------

Ou communiquez avec l'infirmière de l'école.

- Pour l'éducation physique, toute exemption liée à un problème de santé exige un certificat médical qui doit être remis à la direction.
- S.V.P aviser l'école de tout changement pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire. Nous vous recommandons de communiquer directement auprès du personnel scolaire les besoins spécifiques de votre enfant

SIGNATURE DU RÉPONDANT

Père Mère Tuteur Élève de 14 ans et plus

- J'autorise l'infirmière du CSSS à communiquer les informations inscrites ci-dessus, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de l'élève.
- En cas de situation de malaise, j'autorise le personnel de l'école à dispenser les premiers soins à mon enfant. En cas d'urgence, les frais de transport ambulancier sont à la charge des parents ou tuteurs.

Signature	Date	201__/__/__
-----------	------	-------------