

SERVICES ÉDUCATIFS
BUREAU DES SERVICES ÉDUCATIFS COMPLÉMENTAIRES

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.
La version « papier » doit être remplie en caractères d'imprimerie. SVP remplir les deux pages.

Afin d'assurer la santé et la sécurité des élèves et de prévenir les situations d'urgence pouvant mettre en cause leur santé, le personnel de l'établissement scolaire et l'infirmière scolaire provenant du milieu de la santé doivent être informés des conditions de santé particulières qui pourraient nécessiter une intervention à l'école. (ex: prise de médicament, réponse en cas d'allergie ou traitement spécifique, etc.)

Est-ce que votre enfant présente une telle condition de santé ? OUI NON

École fréquentée : _____

Année scolaire : _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE				
Nom de famille :			Prénom :	
N° de fiche :	Classe :	Groupe-repère :	# autobus :	Langue parlée à la maison :
Date de naissance (aaaa/mm/jj)			Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	
Frère ou sœurs à l'école :				

ADRESSE PRINCIPALE			
N° civique	Genre (rue, boul., ave...)	Rue :	Appartement :
Ville / arrondissement			Code postal :
Téléphone à la maison :		Autre(s) numéro(s) de téléphone :	
L'enfant demeure avec <input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> Un des parents : <input type="checkbox"/> Tuteur:			

POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE			
Nom du parent (répondant)		Nom du parent (répondant)	
Téléphone à la maison		Téléphone à la maison	
Téléphone au travail	p	Téléphone au travail	p
Téléphone cellulaire		Téléphone cellulaire	
Courriel		Courriel	

Nom du tuteur (répondant)		Contact d'urgence	
Téléphone à la maison		Téléphone cellulaire	
Téléphone au travail	p	Téléphone au travail	p
Téléphone cellulaire		Téléphone à la maison	
Courriel		Courriel	

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

SVP, remplir et signer le verso



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UNE ALLERGIE SÉVÈRE ?**

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

L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE ?

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

* Veuillez noter que la médication à l'école est une mesure exceptionnelle. Vous devez autoriser toute médication administrée ou distribuée par l'école et fournir la prescription ainsi que 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 TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, DU TUTEUR OU DE L'ÉLÈVE DE 14 ANS ET PLUS

Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-----------	-------------------

Les renseignements contenus à la fiche santé sont traités de façon confidentielle et rendus accessibles au personnel et à l'infirmière scolaire ayant à intervenir auprès de l'élève. En cours d'année scolaire, tout changement à la condition de santé en doit être communiqué au secrétariat de l'établissement par le parent ou l'élève de 14 et plus.