



École fréquentée : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE _____		NIVEAU SCOLAIRE _____	
PRÉNOM _____		N° DU LOCAL DE SA CLASSE _____	
ADRESSE _____	CODE POSTAL _____	LANGUE PARLÉE À LA MAISON _____	
SEXE <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		DATE DE NAISSANCE (AN - MOIS - JOUR) _____	
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ▶ _____		DATE D'EXPIRATION (ANNÉE - MOIS) ▶ _____	

POUR VOUS REJOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D'URGENCE

PARENT A : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE	PARENT B : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE
NOM DE FAMILLE _____	NOM DE FAMILLE _____
PRÉNOM _____	PRÉNOM _____
TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____	TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____
AUTRE TÉLÉPHONE _____	AUTRE TÉLÉPHONE _____
COURRIEL _____	COURRIEL _____
AUTRE	AUTRE
NOM DE FAMILLE _____	NOM DE FAMILLE _____
PRÉNOM _____	PRÉNOM _____
TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____	TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____
AUTRE TÉLÉPHONE _____	AUTRE TÉLÉPHONE _____
COURRIEL _____	COURRIEL _____

IMPORTANT

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 ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).

Est-ce que l'élève 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.

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



École fréquentée : _____

◆ **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

L'état de santé de l'élève a-t-il changé depuis l'an passé ? Oui Non

◆ **L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL**

◇ **ALLERGIE SÉVÈRE**

Alimentaire Oui Non Piqûres d'insectes Oui Non Autre Oui Non

Préciser _____

Médicament d'urgence Oui Non Épipen Oui Non Autre (préciser) _____

◇ **DIABÈTE**

Oui Non

Médicament d'urgence Oui Non Lequel ? _____

Traitement d'urgence, si hypoglycémie, préciser : _____

◇ **AUTRES**

L'élève présente-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école ? Oui Non

Si oui, préciser _____

Recommandation médicale d'urgence : Oui Non Préciser : _____

◆ **AUTORISATION**

J'autorise l'infirmière du CLSC 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.

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

DATE (AN - MOIS - JOUR)