



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

F

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

MÈRE

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

PÈRE

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

AUTRE

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

AUTRE

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

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)



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

F

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

MÈRE

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

PÈRE

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

AUTRE

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

AUTRE

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

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-t-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)