



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)