



# Fiche-santé

## Informations générales

### 2020-2021

Numéro de fiche :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

École : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Date naissance : \_\_\_\_\_

Pour vous rejoindre au besoin :

RÉPONDANT	RÉPONDANT	AUTRE PERSONNE À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE
Répondant : <input type="checkbox"/> Sexe _____	Répondant : <input type="checkbox"/> Sexe _____	Répondant : <input type="checkbox"/> Sexe _____
Nom : _____	Nom : _____	Lien : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Nom : _____
Rés. : _____	Rés. : _____	Rés. : _____
Trav. : _____	Trav. : _____	Trav. : _____
Cell. : _____	Cell. : _____	Cell. : _____
_____	_____	_____
adresse courriel	adresse courriel	adresse courriel

Adresse du ou des répondant(s)

**Répondant:** \_\_\_\_\_  
No CIVIQUE \_\_\_\_\_ RUE/RANG/ROUTE \_\_\_\_\_ No APP. \_\_\_\_\_ CASIER POSTAL \_\_\_\_\_  
MUNICIPALITÉ \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, 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, au latex, diabète ou autres problèmes de santé diagnostiqués par un médecin).

Est-ce que votre enfant 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.

**Signature au verso...**



## Renseignements complémentaires

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Est-ce que votre enfant présente un problème de santé ? Si oui, veuillez compléter le questionnaire suivant (cochez si présente) :

Allergie sévère :

Alimentaire, précisez la sorte d'aliment : \_\_\_\_\_

Piqûre d'insecte, précisez : \_\_\_\_\_

Latex

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

Médicament à l'école : auto-injecteur : Oui  Non

Diabète, nom du médicament à l'école : \_\_\_\_\_

Asthme, nom du médicament à l'école : \_\_\_\_\_

Autre maladie ou problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école,

Précisez : \_\_\_\_\_

Médicament à l'école, nom du médicament \_\_\_\_\_

(remplir la fiche d'autorisation de distribuer un médicament prescrit)

Autres informations médicales pertinentes pour l'école (handicap, limitation, etc.) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### AUTORISATION (SIGNATURE OBLIGATOIRE)

J'autorise l'infirmière en santé scolaire à communiquer les informations inscrites ci-dessus aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de mon enfant.

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

DATE : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ANNÉE MOIS JOUR