



FICHE SANTÉ - ÉLÈVE

GROUPE : _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NOM ET PRÉNOM : _____ SEXE : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE: _____

_____ TÉLÉPHONE: _____

COURRIEL PERSONNEL: _____ CELLULAIRE: _____

NO. ASS-MALADIE : _____ EXPIRATION : _____

⇒ L'ÉLÈVE DEMEURE AVEC : PÈRE MÈRE LES DEUX AUTRE _____

PERSONNES À REJOINDRE EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM: _____ LIEN: _____

RÉSIDENCE: _____ TRAVAIL: _____

CELLULAIRE : _____ AUTRE : _____

COURRIEL : _____

NOM ET PRÉNOM: _____ LIEN: _____

RÉSIDENCE: _____ TRAVAIL: _____

CELLULAIRE : _____ AUTRE : _____

COURRIEL : _____

NOM ET PRÉNOM: _____ LIEN: _____

RÉSIDENCE: _____ TRAVAIL: _____

CELLULAIRE : _____ AUTRE : _____

COURRIEL : _____

TRANSPORT

PAR LA PRÉSENTE, J'AUTORISE L'AUTORITÉ DE L'ÉCOLE À TRANSPORTER MON ENFANT, À MES FRAIS, À UNE CLINIQUE, À UN CLSC OU À UN HÔPITAL EN CAS DE BLESSURE OU DE MALAISE SUBIT À L'ÉCOLE.

SIGNATURE

DATE

PROBLÈMES DE SANTÉ

AFIN D'ASSURER LA SÉCURITÉ, 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).

N.B. LES INFORMATIONS APPARAISSANT SUR CETTE FICHE SERONT TRANSMISES, AU BESOIN, À L'INFIRMIÈRE ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL DE L'ÉCOLE QUI POURRAIENT INTERVENIR EN CAS D'URGENCE.

ALLERGIE SÉVÈRE: ALIMENTAIRE: Non Oui _____

PIQÛRE D'INSECTE : Non Oui _____

AUTRE : Non Oui _____

MÉDICAMENT À L'ÉCOLE : Non Oui _____

LIEU OÙ SE TROUVE LE MÉDICAMENT : _____

DIABÈTE : Non Oui _____

MÉDICAMENT À L'ÉCOLE : Non Oui _____

SI GLUGAGON, DATE D'EXPIRATION : _____

LIEU OÙ SE TROUVE LE MÉDICAMENT : _____

AUTRE : AVEZ-VOUS UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ POUVANT NÉCESSITER UNE INTERVENTION D'URGENCE À L'ÉCOLE ?

Non Oui _____ MÉDICAMENT À L'ÉCOLE : Non Oui

LIEU OÙ SE TROUVE LE MÉDICAMENT : _____

S.V.P., AVISEZ L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT POUVANT SURVENIR AU COURS DE LA PRÉSENTE ANNÉE SCOLAIRE.

J'AUTORISE L'INFIRMIÈRE DE L'ÉCOLE À COMMUNIQUER LES INFORMATIONS INSCRITES CI-DESSUS AUX MEMBRES DU PERSONNEL DE L'ÉCOLE QUI POURRAIENT AVOIR À INTERVENIR EN SITUATION D'URGENCE.

Signature

Date

ESPACE RÉSERVÉ POUR L'INFIRMIÈRE : _____
