



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)