



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**

<b>PARENT A :</b> <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE	<b>PARENT B :</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
<b>AUTRE</b>	<b>AUTRE</b>
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)