

Identification de l'élève

Groupe-repère de l'élève en 2020-2021: _____

Nom et prénom		
Date de naissance	Sexe	Numéro fiche

Niveau du secondaire
pour 2020-2021

École de provenance :

L'enfant vit avec :

père mère tuteur

Pour vous joindre en cas d'urgence, S.V.P. nous indiquer vos différents numéros de téléphone :

Mère	X = décédée	Père	X = décédé	Tuteur
Nom et prénom	<input type="checkbox"/>	Nom et prénom	<input type="checkbox"/>	Nom et prénom
Cellulaire:		Cellulaire:		Cellulaire:
Tél. - Maison - Père:		Tél. - Travail - Père:		Autre:
Tél. - Maison - Mère:		Tél. - Travail - Mère:		Autre:
Tél. - Maison - Tuteur:		Tél. - Travail - Tuteur:		

CONTACT D'URGENCE: Nom: _____ Tél.: _____ Lien: _____

---> En cas d'urgence, qui doit-on rejoindre en premier ? _____

**** En cas d'urgence, et si personne ne peut être rejoint, votre enfant pourrait être dirigé vers un Centre hospitalier****

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, les membres du personnel de l'école doivent être informés des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une **INTERVENTION D'URGENCE PARTICULIÈRE À L'ÉCOLE** (allergie sévère, diabète ou autre).

EST-CE QUE VOTRE ENFANT PRÉSENTE UN TEL PROBLÈME DE SANTÉ ?

● ALLERGIE SÉVÈRE:

Non Oui Si oui, laquelle ou lesquelles : _____
Médication d'URGENCE prescrite : Non Oui, laquelle ? _____

● DIABÈTE:

Non Oui Si oui, laquelle ou lesquelles : _____
Médication d'URGENCE prescrite : Non Oui, laquelle ? _____

● ASTHME: ** Prendre note que l'infirmière ne vous contactera pas en cas d'asthme léger. Le personnel scolaire sera toutefois informé de la condition de votre enfant.

Léger (à l'effort ou lors de rhume) Non Oui **Modéré à sévère** Non Oui
Médication d'URGENCE prescrite : Non Oui, laquelle ? _____

● AUTRE(S):

Votre enfant présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence particulière à l'école? Si oui, précisez :
 Non Oui, précisez: _____

Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière. Après évaluation, elle transmettra au besoin ces informations aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de votre enfant.

Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus

Date

S.V.P. AVISER L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT POUVANT INTERVENIR AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE.

Réservé à l'infirmière : PLAN FAIT : NON OUI _____ Date _____ Initiales _____