



École fréquentée : **École Rose-des-Vents**

**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>MÈRE</b>	<b>PÈRE</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
<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.

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

DATE (AN - MOIS - JOUR)



École fréquentée : École Rose-des-Vents

◆ **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-t-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)