

## FICHE DE SANTÉ ET D'URGENCE 2023-2024

Nom de l'élève \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Groupe repère \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS GÉNÉRALES

Sexe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

L'enfant demeure avec : \_\_\_\_\_

Adresse 1		
Père et mère	<input type="checkbox"/>	_____
Mère	<input type="checkbox"/>	_____
Père	<input type="checkbox"/>	_____
Tuteur	<input type="checkbox"/>	_____
		Courriel : _____

  

Adresse 2		
Père et mère	<input type="checkbox"/>	_____
Mère	<input type="checkbox"/>	_____
Père	<input type="checkbox"/>	_____
Tuteur	<input type="checkbox"/>	_____
		Courriel : _____

### NUMÉRO DE TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE

\_\_\_\_\_ Parent

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Parent

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

### AUTRE PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PRÉVENIR RAPIDEMENT

Nom : _____	Cellulaire : _____
Prénom : _____	Travail : _____
Lien avec l'enfant : _____	À appeler en cas d'urgence <input type="checkbox"/>
Téléphone : _____	Autorisé à prendre l'enfant <input type="checkbox"/>

**Compléter le verso** 

## SANTÉ

Nom de l'élève \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Élève de plus de 14 ans, numéro de cellulaire : \_\_\_\_\_

Maladie(s) connue(s) : \_\_\_\_\_

Diabète  Allergie(s)  Troubles cardiaques   
Asthme  Troubles de la vision  Troubles de langage   
Fibrose kystique  Troubles de l'audition  Épilepsie   
Troubles de saignement (hémophile, saignement prolongé)

Autres maladies  précisez : \_\_\_\_\_

Intolérances : \_\_\_\_\_

Si allergie(s) sévère(s) ou avec épipen, à quoi? \_\_\_\_\_

Médicaments d'urgence : \_\_\_\_\_

Recommandation médicale d'urgence \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Suivi médical : oui Non Si oui, par qui : \_\_\_\_\_

Pour quel(s) problème(s) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Médicaments prescrits par le médecin : \_\_\_\_\_

J'AUTORISE LES INFIRMIÈRES À TRANSMETTRE CES INFORMATIONS AU PERSONNEL  
CONCERNÉ DE L'ÉCOLE, À TITRE PRÉVENTIF

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE D'UN PARENT OU D'UN TITULAIRE  
DE L'AUTORITÉ PARENTALE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ENFANT (14 ANS ET PLUS)

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

S.V.P. **COMPLÉTEZ ET SIGNEZ** CETTE FEUILLE AUJOURD'HUI

Relevé de santé