

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