

FICHE DE SANTÉ ET D'URGENCE 2019-2020

Groupe repère : _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de l'élève : _____

Prénom : _____

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

_____ Père _____
Nom, prénom : _____
Domicile : _____
Cellulaire : _____
Travail : _____

_____ Mère _____
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"/>

SANTÉ

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 épi-pen, 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