

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

CODE PERMANENT		No DE FICHE		Gr. REPÈRE		ÉCOLE	
NOM DE L'ÉLÈVE				PRÉNOM DE L'ÉLÈVE			
SEXE	DATE DE NAISSANCE			No D'ASSURANCE MALADIE DE L'ÉLÈVE		DATE D'EXPIRATION	
MÈRE		PÈRE		TUTEUR			
TYPE D'ADRESSE		ADRESSE EFFECTIVE LE		VILLE / MUNICIPALITÉ		CODE POSTAL	
1 Père & mère		No CIVIQUE		GENRE		RUE/RANG/ROUTE	
2 Père		AAAA-MM-JJ		N, S, E, O		APP. CASIER POSTAL	
3 Mère		VILLE / MUNICIPALITÉ		CODE POSTAL		MRQ:	
4 Tuteur		TÉLÉPHONE RÉSIDENCE		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL père (1)		TÉLÉPHONE AU TRAVAIL mère (2)	

## ÉTAT DE SANTÉ

Afin que nous intervenions adéquatement et le plus rapidement possible auprès de votre enfant, nous vous demandons de nous signaler tout problème majeur de santé ou toute situation nécessitant des soins de santé particuliers.

**Si des changements survenaient en cours d'année dans l'état de santé de votre enfant, veuillez communiquer avec la direction de l'école.**

Mon enfant n'a **AUCUN** problème de santé.  (cocher ici, s'il y a lieu)

Mon enfant présente un problème de santé (cocher la case de gauche, s'il y a lieu):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie sans auto-injecteur; à quoi? _____                            | <input type="checkbox"/> Allergie avec auto-injecteur; à quoi? _____        |
| <input type="checkbox"/> Allergie médicament; à quoi? _____                                     | <input type="checkbox"/> Port de lunettes ou de lentilles cornéennes? _____ |
| <input type="checkbox"/> Asthme fréquence des crises: _____                                     | <input type="checkbox"/> Pompe à l'école _____                              |
| <input type="checkbox"/> Diabète mesure à prendre à l'école s'il y a crise: _____               |   |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie mesure à prendre à l'école s'il y a crise: _____             |   |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité - Médication: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Autre problème (décrivez brièvement): _____                            | médication: _____   |

## SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence et en l'absence des parents, quelle personne devons-nous appeler? (s.v.p. en aviser cette personne)

NOM DU CONTACT D'URGENCE	LIEN AVEC L'ÉLÈVE	TÉLÉPHONE D'URGENCE
Si vous avez d'autres enfants qui fréquentent l'école, indiquez-le :		
Nom & prénom: _____		Enseignant(e): _____
Nom & prénom: _____		Enseignant(e): _____

**NOTE: Les frais de transport par ambulance ou taxi, dans les 24 heures suivant un accident ou une maladie, sont couverts par la police d'assurance des élèves.**

## AUTORISATION DES PARENTS

J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CLSC affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire les informations que comprend la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite) à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu du traitement, si cela s'avère nécessaire. Sur référence des intervenants du milieu scolaire ou à la demande de mon enfant, j'autorise l'infirmière du CLSC à effectuer les interventions de santé jugées pertinentes.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date