

École Saint-Enfant-Jésus

**Fiche urgence-santé
2012-2013**

Renseignements généraux

Nom (élève) : _____ Niveau scolaire : _____

Prénom : _____ No du local de sa classe : _____

Adresse : _____ Langue parlée à la maison : _____

Sexe : F M Date de naissance : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

No d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____ / _____
Année Mois

Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence :

Mère

Père

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

☎rés. : _____

☎rés. : _____

☎trav. : _____

☎trav. : _____

☎ autre : _____

☎ autre : _____

Autre

Autre

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

☎rés. : _____

☎rés. : _____

☎trav. : _____

☎trav. : _____

☎ autre : _____

☎ autre : _____

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 Si oui, remplir 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 : _____ / _____ / _____
Année Mois Jour

École Saint-Enfant-Jésus

Fiche urgence-santé 2012-2013

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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	➤ Piqûre d'insectes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	➤ Autre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____ _____			
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	Épipen :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Autre :	_____	

DIABÈTE :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Lequel ? : _____
Traitement d'urgence, si hypoglycémie, précisez : _____ _____			

AUTRES :	L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école ?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____ _____				
Recommandation médicale d'urgence : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Précisez : _____				

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 : _____ / _____ / _____ Année Mois Jour	