

Fiche de renseignements personnels 2020-2021

Renseignements généraux

Nom (élève) : _____ Groupe classe : _____

Prénom : _____ Langue parlée à la maison : _____

Adresse : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : F M

Année Mois Jour

N° d'assurance maladie :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Date d'expiration : ____ / ____
Année Mois

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

MÈRE	PÈRE
Nom : _____ Prénom : _____ ☎ rés. : _____ ☎ trav. : _____ ☎ autre : _____ <u>COURRIEL</u>	Nom : _____ Prénom : _____ ☎ rés. : _____ ☎ trav. : _____ ☎ autre : _____ <u>COURRIEL</u>
AUTRE	AUTRE
Nom : _____ Prénom : _____ ☎ rés. : _____ ☎ trav. : _____ ☎ autre : _____	Nom : _____ Prénom : _____ ☎ rés. : _____ ☎ trav. : _____ ☎ 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 CIUSSS 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

Fiche urgence-santé

Renseignements complémentaires

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"/>
	➤ Piqûres 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"/>	Épipen : Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Autre : _____	

DIABÈTE :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Lequel ? : _____
	Non <input type="checkbox"/>	
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 CIUSSS 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.	
_____	Date : ____ / ____ / ____
Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus	Année Mois Jour