



11822, av. Bois-de-Boulogne
Montréal (Québec) H3M 2X6
Tél. : 331-2572

FICHE SANTÉ

Cette fiche fournit de l'information de base sur l'état de santé de votre enfant. Ces renseignements nous sont nécessaires afin de favoriser les meilleures conditions possibles d'apprentissage et aussi nous permettre une intervention rapide et adéquate en cas d'urgence.

La fiche sera gardée au dossier de l'élève et au service de santé. Elle est à la disposition du personnel du CLSC (infirmier(ère), travailleur social), du personnel enseignant et du responsable des premiers soins, au besoin. Cette fiche est valable pour un an et sera détruite à la fin de l'année scolaire.

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	
ÉLÈVE (Nom et prénom) : _____	
ADRESSE PRINCIPALE : _____ APP. : _____	
VILLE : _____	CODE POSTAL : _____
TÉLÉPHONE : _____	DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/>	SEXE : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : _____	AA MM JJ DATE D'EXPIRATION : ____ / ____ / ____ AA MM JJ
LIEU DE NAISSANCE : _____ RELIGION : _____	
CITOYENNETÉ : CANADIENNE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (précisez) _____	
DATE D'ARRIVÉE AU QUÉBEC (si l'élève est né ailleurs) _____	
LANGUE(S) : MATERNELLE _____ PARLÉE À LA MAISON _____	
DEGRÉ SCOLAIRE ACTUEL _____ Foyer (secondaire) : _____	
CODE PERMANENT : _____	
ÉCOLE FRÉQUENTÉE L'AN DERNIER : _____ NIVEAU : _____	
VILLE OU LOCALITÉ : _____	
L'ÉLÈVE DEMEURE AVEC : PÈRE ET MÈRE <input type="checkbox"/> PÈRE SEULEMENT <input type="checkbox"/> MÈRE SEULEMENT <input type="checkbox"/> GARDE PARTAGÉE <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/>	
PÈRE (Nom et prénom) : _____	
ADRESSE : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____	
MÈRE (Nom et prénom) : _____	
ADRESSE : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____	
TUTEUR S'IL Y A LIEU (Nom et prénom) : _____	
LIEN AVEC L'ÉLÈVE : _____	
ADRESSE : _____ TÉL. AU TRAVAIL : _____	
2. URGENCE (SI LES PARENTS NE PEUVENT ÊTRE REJOINTS)	
NOM : _____ PRÉNOM : _____	
LIEN AVEC L'ÉLÈVE : _____	
TÉL. MAISON : _____	
TÉL. TRAVAIL : _____	
EN CAS DE SITUATION DE MALAISE, J'AUTORISE LE PERSONNEL DE L'ÉCOLE À DISPENSER LES PREMIERS SOINS À MON ENFANT. EN CAS D'URGENCE, J'AUTORISE L'INFIRMIER(ÈRE) ET LE MÉDECIN À S'ASSURER QUE MON ENFANT REÇOIVE LES SOINS D'URGENCE REQUIS, S'IL EST IMPOSSIBLE DE REJOINDRE LES PARENTS OU TUTEURS. LES FRAIS DE TRANSPORT AMBULANCIER, EN CAS D'URGENCE, SONT À LA CHARGE DES PARENTS OU TUTEURS.	
SIGNATURE DES PARENTS OU TUTEURS _____ DATE : _____	

Identifier par un crocher (✓) le(s) problème(s) de santé de votre enfant. Précisez le suivi par un médecin ou un spécialiste, le(s) problème(s) corrigé(s) et la médication.

4. INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE				
PROBLÈME(S) DE SANTÉ	✓	SUIVI PAR UN MÉDECIN OU SPÉCIALISTE (Précisez le nom)	PROBLÈME(S) CORRIGÉ(S) (Précisez)	MÉDICATION (Précisez)
VISION				
AUDITION				
LANGAGE				
DENTITION				
ASTHME				
DIABÈTE				
ÉPILEPSIE				
CARDIAQUE				
AUTRE(S) (Problème neurologique, digestif, handicap physique)				

ALLERGIES : ARACHIDES PLUMES ŒUFS ANTIBIOTIQUES PIQÛRES D'INSECTES
 AUTRE(S) (Précisez) : _____

TYPE DE RÉACTION : _____

USAGE DE L'AUTO-INJECTEUR EPIPEN

MÉDICATION : USAGE DE LA CORTISONE

AUTRE(S) (Précisez) : _____

ATTENTION : SI VOTRE ENFANT SOUFFRE D'UNE ALLERGIE QUI PEUT METTRE SA VIE EN DANGER, S.V.P. INFORMER LA DIRECTION DE L'ÉCOLE. POUR TOUT CHANGEMENT DANS L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT DURANT L'ANNÉE, COMMUNIQUEZ AVEC L'ÉCOLE SANS DÉLAI.

RECOMMANDATIONS OU INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES :

5. ÉDUCATION PHYSIQUE

POUR TOUTE EXEMPTION AU COURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE LIÉE À UN PROBLÈME DE SANTÉ, UN CERTIFICAT MÉDICAL RÉCENT EST EXIGÉ.

6. AUTORISATION

J'AUTORISE L'INFIRMIER(ÈRE) ET LE PERSONNEL DE L'ÉCOLE À PRENDRE CONNAISSANCE DE L'INFORMATION CONTENUE DANS LE PRÉSENTE FICHE.

SIGNATURE DES PARENTS OU TUTEURS : _____ DATE : _____

7. INFORMATION À L'USAGE DE L'ÉCOLE

