

SERVICE DE L'ORGANISATION SCOLAIRE

IMPORTANT : SVP remplir les deux pages.

ÉCOLE FRÉQUENTÉE :

ANNÉE SCOLAIRE :

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE

NIVEAU SCOLAIRE

PRÉNOM

N° DU LOCAL DE SA CLASSE

ADRESSE

CODE POSTAL

LANGUE PARLÉE À LA MAISON

SEXE

F

M

DATE DE NAISSANCE (AN - MOIS - JOUR)

## POUR VOUS REJOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D'URGENCE

PARENT A :

PÈRE

MÈRE

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

TÉLÉPHONE AU DOMICILE

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

AUTRE TÉLÉPHONE

COURRIEL

AUTRE

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

TÉLÉPHONE AU DOMICILE

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

AUTRE TÉLÉPHONE

COURRIEL

PARENT B :

PÈRE

MÈRE

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

TÉLÉPHONE AU DOMICILE

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

AUTRE TÉLÉPHONE

COURRIEL

AUTRE

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

TÉLÉPHONE AU DOMICILE

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL

AUTRE TÉLÉPHONE

COURRIEL

## IMPORTANT

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, compléter 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 (AN - MOIS - JOUR)

ÉCOLE FRÉQUENTÉE : \_\_\_\_\_

### 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  Non      Piqûres d'insectes  Oui  Non      Autre  Oui  Non

Préciser \_\_\_\_\_

Médicament d'urgence  Oui  Non      Épipen  Oui  Non      Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

#### DIABÈTE

Oui  Non

Médicament d'urgence  Oui  Non      Lequel ? \_\_\_\_\_

Traitement d'urgence, si hypoglycémie, préciser : \_\_\_\_\_

#### AUTRES

L'élève présente-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école ?  Oui  Non

Si oui, préciser \_\_\_\_\_

Recommandation médicale d'urgence :  Oui  Non      Préciser : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

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 (AN - MOIS - JOUR)