

FICHE DE SANTÉ 2023-2024

ÉLÈVE DE NIVEAU PRIMAIRE OU SECONDAIRE

ÉCOLE : _____

Groupe: _____

| I- IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE | |
|--|--|
| NOM _____ | PRÉNOM: _____ |
| DATE DE NAISSANCE : _____ AA/MM/JJ | |
| II- RENSEIGNEMENT DES PARENTS OU TUTEUR LÉGAL | |
| PARENT #1 <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> | PARENT #2 <input type="checkbox"/> TUTEUR <input type="checkbox"/> |
| Nom : _____ | Nom : _____ |
| Prénom : _____ | Prénom : _____ |
| #Tél cellulaire: _____ | #Tél cellulaire : _____ |
| #Tél travail : _____ | # Tél travail : _____ |
| #Tél maison : _____ | #Tél maison: _____ |

| III- ÉTAT DE SANTÉ |
|---|
| <input type="checkbox"/> Mon enfant n'a aucun problème de santé N.B. Vous devez signer la fiche santé au verso même si votre enfant n'a aucun problème de santé. |

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> ALLERGIE SÉVÈRE REQUÉRANT UN AUTO-INJECTEUR Une allergie sévère à risque d'anaphylaxie est une réaction excessive du système immunitaire à un allergène. Cette réaction pourrait s'avérer fatale si une injection d'épinéphrine n'est pas administrée rapidement. Indiquer les allergène(s) (ex. : arachides, latex, amandes, noix, crevettes, piqûre d'abeilles, etc.): _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Type d'auto-injecteur prescrit par le médecin : spécifié _____ Pour les enfants ayant une allergie sévère requérant un auto-injecteur, les parents s'engagent à fournir un auto-injecteur dont la date de péremption n'est pas échue et valide pour toute l'année scolaire |

Compléter le verso →

DIABÈTE

Insuline par : Injection Pompe extracorporelle

PROBLÈME CARDIAQUE AVEC SUIVI MÉDICAL

Diagnostic médical (**joindre une preuve médicale**) : _____

Médication avec posologie (dosage) : _____

Nécessité d'en prendre à l'école : Oui Non

ASTHME AVEC PRISE DE MÉDICATION QUOTIDIENNE ET SUIVI MÉDICAL RÉGULIER POUR SON ASTHME

Nom du médicament et la posologie (dosage) : _____

Nécessité d'en prendre à l'école : Oui Non

ÉPILEPSIE AVEC MÉDICATION QUOTIDIENNE

Nom du médicament et la posologie (dosage) : _____

Nécessité d'en prendre à l'école : Oui Non

Date de la dernière crise d'épilepsie : _____

AUTRES PROBLÉMATIQUES DE SANTÉ

Diagnostic médical : _____

IV- MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant (de famille) : _____

Nom du médecin spécialiste, s'il y a lieu : _____

JE CERTIFIE que les renseignements fournis sont exacts et je m'engage à informer la direction de l'école de toute modification de l'état de santé de mon enfant pouvant survenir au cours de la présente année scolaire.

J'autorise la direction de l'école (ou son représentant) à prendre les mesures appropriées incluant celles ou les parents ou le représentant légal (tuteur) doivent en assumer les coûts (ex. : le transport ambulancier).

J'autorise la direction de l'école à afficher, la photographie de mon enfant sur la liste correspondant à son problème de santé. De plus, j'accepte que ces renseignements soient affichés dans un ou des endroits facilement accessibles pour une consultation par le personnel de l'école. J'accepte que la direction de l'école transmette les renseignements de santé à l'infirmière scolaire du CLSC et informe le transport scolaire de l'état de santé de mon enfant, si pertinent.

SIGNATURE _____ Date : _____

(PARENT OU REPRÉSENTANT LÉGAL)

AA/MM/JJ