



Fiche urgence-santé

École Louis-Philippe-Paré / 2017-2018



IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Groupe : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : Fille Garçon Date de naissance : _____
Année Mois Jour

N° assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____
Année Mois

NUMÉROS POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

MÈRE

PÈRE

Nom : _____

Nom : _____

① Maison : _____

① Maison : _____ idem

① Travail : _____ poste

① Travail : _____ poste

① Cellulaire : _____

① Cellulaire : _____

① Autre : _____

① Autre : _____

AUTRE PERSONNE, LIEN DE PARENTÉ : _____

AUTRE PERSONNE, LIEN DE PARENTÉ : _____

Nom : _____

Nom : _____

① Maison : _____

① Maison : _____

① Travail : _____ poste

① Travail : _____ poste

① Cellulaire : _____

① Cellulaire : _____

① Autre : _____

① Autre : _____

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, 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 votre enfant présente un tel problème de santé? Oui Non Si oui, veuillez compléter le verso.

S.V.P., **aviser l'école de tout changement** pouvant survenir au cours de la présente année scolaire.

Si votre enfant doit prendre une médication sur une base régulière, veuillez annexer à cette fiche la liste des médicaments, advenant un appel aux services ambulanciers.

J'autorise l'infirmier(ère) et le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche, ainsi qu'à faire évaluer par l'infirmière l'état de santé de mon jeune de 13 ans et moins si l'école en fait la demande. (ex : pédiculose, malaises ou signes d'infections)

Signature du parent/tuteur

Date



Fiche urgence-santé

École Louis-Philippe-Paré / 2017-2018



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Allergie sévère

Alimentaire

Oui
Non

Piqûre d'insecte

Oui
Non

Autre

Oui
Non

Si oui, précisez : _____

Médicament à l'école

Oui
Non

Lequel : _____

Diabète

Oui
Non

Médicament à l'école

Oui
Non

Lequel : _____

Votre **enfant** présente-t-il un autre problème de santé pouvant **nécessiter une intervention d'urgence à l'école?**

Oui
Non

Si oui, précisez : _____

Médicament à l'école

Oui
Non

Lequel : _____

Réservé à l'infirmière
