

Fiche urgence-santé 2015-2016

Renseignements généraux

Nom (élève) : _____ Niveau scolaire : _____
Prénom : _____ N° du local de sa classe : _____
Adresse : _____ Langue parlée à la maison : _____
Sexe : F M Date de naissance : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour
N° d'assurance maladie : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Date d'expiration : ____ / ____
Année Mois

Accès à une assurance collective privée Accès à une assurance collective publique

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

MÈRE	PÈRE
Nom : _____ Prénom : _____ ☎ rés. : _____ ☎ trav : _____ ☎ autre : _____	Nom : _____ Prénom : _____ ☎ rés. : _____ ☎ trav : _____ ☎ autre : _____
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 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 : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Fiche urgence-santé

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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	ASTHME <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"/>	EpiPen ou Twinject ou Allerject :	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"/>	
<input type="checkbox"/> Plan d'urgence :	_____	
Autre précision en cas d'urgence (hypoglycémie ou autre) :	_____	

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'accepte que les informations inscrites ci-dessus soient conservées de façon confidentielle par le CSSS et j'autorise l'infirmière à les communiquer, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence.

Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus

Date : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Changements/évolution dans la condition de santé :

