



École fréquentée : \_\_\_\_\_

**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 _____	
SEXES <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		DATE DE NAISSANCE (AN - MOIS - JOUR) _____	
NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE ► _____		DATE D'EXPIRATION (ANNÉE - MOIS) ► _____	

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

<b>MÈRE</b>	<b>PÈRE</b>
NOM DE FAMILLE _____	NOM DE FAMILLE _____
PRÉNOM _____	PRÉNOM _____
TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____	TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____
AUTRE TÉLÉPHONE _____	AUTRE TÉLÉPHONE _____
COURRIEL _____	COURRIEL _____
<b>AUTRE</b>	<b>AUTRE</b>
NOM DE FAMILLE _____	NOM DE FAMILLE _____
PRÉNOM _____	PRÉNOM _____
TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____	TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____
TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____	TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____
AUTRE TÉLÉPHONE _____	AUTRE TÉLÉPHONE _____
COURRIEL _____	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.



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)



École fréquentée : \_\_\_\_\_

**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) \_\_\_\_\_

NUMÉRO  
D'ASSURANCE  
MALADIE ▶ \_\_\_\_\_

DATE D'EXPIRATION  
(ANNÉE - MOIS) ▶ \_\_\_\_\_

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

**MÈRE**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_

PRÉNOM \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE AU DOMICILE \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL \_\_\_\_\_

AUTRE TÉLÉPHONE \_\_\_\_\_

COURRIEL \_\_\_\_\_

**PÈRE**

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 \_\_\_\_\_

**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.



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-t-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)