

## Fiche santé de l'élève – Confidentiel

SERVICES ÉDUCATIFS  
BUREAU DES SERVICES ÉDUCATIFS COMPLÉMENTAIRES

**IMPORTANT :** Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.  
La version « papier » doit être remplie en caractères d'imprimerie. SVP remplir les deux pages.

Afin d'assurer la santé et la sécurité de l'élève, le personnel de l'école doit être informé des conditions de santé particulières qui pourraient nécessiter une intervention (ex. médicaments, allergies, traitement, etc.).

**Est-ce que votre enfant présente une telle condition de santé ?** ☐ OUI ☐ NON

École fréquentée : \_\_\_\_\_

Année scolaire : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

|                                |          |                 |                                                                                                          |                             |
|--------------------------------|----------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nom de famille :               |          |                 | Prénom :                                                                                                 |                             |
| N° de fiche :                  | Classe : | Groupe-repère : | # autobus :                                                                                              | Langue parlée à la maison : |
| Date de naissance (aaaa/mm/jj) |          |                 | Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre |                             |
| Frère ou sœurs à l'école :     |          |                 |                                                                                                          |                             |

### ADRESSE PRINCIPALE

|                                                                                                                                            |                            |                                   |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|---------------|
| N° civique                                                                                                                                 | Genre (rue, boul., ave...) | Rue :                             | Appartement : |
| Ville / arrondissement                                                                                                                     |                            |                                   | Code postal : |
| Téléphone à la maison :                                                                                                                    |                            | Autre(s) numéro(s) de téléphone : |               |
| L'enfant demeure avec <input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> Un des parents : <input type="checkbox"/> Tuteur: |                            |                                   |               |

### POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE

| Nom du parent (répondant) | Nom du parent (répondant) |
|---------------------------|---------------------------|
| Téléphone à la maison     | Téléphone à la maison     |
| Téléphone au travail      | Téléphone au travail      |
| Téléphone cellulaire      | Téléphone cellulaire      |
| Courriel                  | Courriel                  |

| Nom du tuteur (répondant) | Contact d'urgence     |
|---------------------------|-----------------------|
| Téléphone à la maison     | Téléphone cellulaire  |
| Téléphone au travail      | Téléphone au travail  |
| Téléphone cellulaire      | Téléphone à la maison |
| Courriel                  | Courriel              |

Les parents doivent prévenir ces personnes que l'école les contactera en cas d'urgence

**SVP, remplir et signer le verso**



## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

### L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UNE ALLERGIE SÉVÈRE ?

|                                                             |                                                           |                    |                     |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|
| Alimentaire                                                 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser :         |                     |
| Piqûre guêpe/abeille                                        | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser :         |                     |
| Autre(s) allergie(s)                                        |                                                           | Préciser :         |                     |
| Auto-injecteur épinéphrine<br>(ex. : EpiPen <sup>MD</sup> ) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si oui, préciser : | Date d'expiration : |
| Autre                                                       |                                                           | Préciser :         |                     |

### L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE ?

|                      |                                                           |            |                                                                              |                                                                              |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Asthme               | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser : | Médication *(nom et posologie du médicament) :                               | Prise à l'école<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Diabète              | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser : | Médication *(nom et posologie du médicament) :                               | Prise à l'école<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|                      |                                                           |            | Insulinodépendant: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                                                                              |
| Épilepsie            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser : | Médication *(nom et posologie du médicament) :                               | Prise à l'école<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Anémie falciforme    | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser : | Médication *(nom et posologie du médicament) :                               | Prise à l'école<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Problèmes cardiaques | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser : | Médication *(nom et posologie du médicament) :                               | Prise à l'école<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autre                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser : | Médication *(nom et posologie du médicament) :                               | Prise à l'école<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Autre                | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Préciser : | Médication *(nom et posologie du médicament) :                               | Prise à l'école<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

\* Veuillez noter que la médication à l'école est une mesure exceptionnelle. Vous devrez autoriser toute médication administrée ou distribuée par l'école et fournir la prescription ainsi que la médication dans son contenant d'origine. Pour tout changement concernant les besoins spécifiques de votre enfant, veuillez communiquer avec le personnel du secrétariat de l'école.

### AUTORISATION

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur les problèmes de santé suivants : asthme, diabète, épilepsie, anémie falciforme, problèmes cardiaques, allergies, autres.                                                                   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'autorise l'infirmière à dépister la présence de signes et symptômes de maladies contagieuses et parasitaires (ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un suivi.                                                             | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| J'autorise le CSSDM à transmettre mon nom et mes coordonnées au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) responsable de la gestion du Programme de vaccination en milieu scolaire afin de pouvoir recevoir les avis relatifs aux divers vaccins offerts à l'école. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Transport ambulancier</b><br>Si un transport par ambulance doit être effectué, les frais seront entièrement à la charge des parents ou tuteur.                                                                                                                                               |                                                           |

### SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, DU TUTEUR OU DE L'ÉLÈVE DE 14 ANS ET PLUS

|           |                   |
|-----------|-------------------|
| Signature | Date (aaaa/mm/jj) |
|-----------|-------------------|