Centre
de services scolaire
de Montréal
Québec

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 des élèves et de prévenir les situations d'urgence pouvant mettre en cause leur santé, le personnel de l'établissement scolaire et l'infirmière scolaire provenant du milieu de la santé doivent être informés des conditions de santé particulières qui pourraient nécessiter une intervention à l'école. (ex: prise de médicament, réponse en cas d'allergie ou traitement spécifique, etc.)

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

École fréquentée : _____

Année scolaire : **2027-2028**

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 : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre	
Frère ou soeurs 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 ☐ Les deux parents ☐ Un des parents : ☐ 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	p	Téléphone au travail	p
Téléphone cellulaire		Téléphone cellulaire	
Courriel		Courriel	

Nom du tuteur (répondant)		**Contact d'urgence**	
Téléphone à la maison		Téléphone cellulaire	
Téléphone au travail	p	Téléphone au travail	p
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	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	
Piqûre guêpe/abeille	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	
Autre(s) allergie(s)		Préciser :	
Auto-injecteur épinéphrine (ex. : EpiPen[MD])	☐ Oui ☐ Non	Si oui, préciser :	Date d'expiration :
Autre		Préciser :	

L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE ?				
Asthme	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école ☐ Oui ☐ Non
Diabète	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) : Insulinodépendant: ☐ Oui ☐ Non	Prise à l'école ☐ Oui ☐ Non
Épilepsie	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école ☐ Oui ☐ Non
Anémie falciforme	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école ☐ Oui ☐ Non
Problèmes cardiaques	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école ☐ Oui ☐ Non
Autre	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école ☐ Oui ☐ Non
Autre	☐ Oui ☐ Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école ☐ Oui ☐ 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.	☐ Oui ☐ 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.	☐ Oui ☐ Non
Transport ambulancier Si un transport par ambulance est effectué, les frais seront à la charge des parents ou du tuteur.	

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, DU TUTEUR OU DE L'ÉLÈVE DE 14 ANS ET PLUS	
Signature	Date (aaaa/mm/jj)

Les renseignements contenus à la fiche santé sont traités de façon confidentielle et rendus accessibles au personnel et à l'infirmière scolaire ayant à iintervenir auprès de l'élève. En cours d'année scolaire, tout changement à la condition de santé en doit être communiqué au secrétariat de l'établissement par le parent ou l'élève de 14 et plus.