

Compléter et rapporter à l'entrée technique du 20 et 21 août 2018



# Fiche santé 2018-2019 Montérégie



Informations générales – niveau secondaire



## École Jean-Jacques-Bertrand

### IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Niveau secondaire : \_\_\_\_\_

☎ domicile : (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
An    mois    jour

Sexe : F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

N° assurance maladie : \_\_\_\_\_  
(Carte assurance maladie)

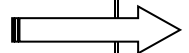
Date d'expiration : \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
an    mois

MÈRE	PÈRE	AUTRE
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
☎ Domicile : _____	☎ Domicile : _____	☎ Domicile : _____
☎ Trav. : _____	☎ Trav. : _____	☎ Trav. : _____
☎ Autre : _____	☎ Autre : _____	☎ 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 ou de continuité à l'école** (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète, prise de médication ou autre).

Est-ce que votre enfant présente un tel problème de santé ?      OUI  NON

VEUILLEZ COMPLÉTER LES TABLEAUX  
ET SIGNER OBLIGATOIREMENT LES AUTORISATIONS AU VERSO.



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

## ALLERGIE SÉVÈRE NÉCESSITANT UNE INJECTION D'ADRÉNALINE

Alimentaire  précisez : \_\_\_\_\_

Piqûre d'insecte  précisez : \_\_\_\_\_

Latex

Médicament à prendre à l'école : **Épipen**  Oui  Non

Autre : \_\_\_\_\_

Si votre enfant souffre d'une allergie sévère, vous devez fournir l'Épipen ou la médication et la prescription du médecin. Une infirmière du CLSC vous contactera.

**DIABÈTE :**  Oui  Non

Médicament à prendre à l'école :  Oui  Non

**ASTHME :**  Oui  Non

## AUTRES

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 prendre à l'école :  Oui  Non lequel? \_\_\_\_\_

## AUTORISATION

J'autorise l'infirmière du CLSC et la direction de l'école à communiquer les informations inscrites ci-dessus aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir dans ces situations auprès de mon enfant.

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

\_\_\_\_\_  
Date

Dans le cas où nous ne pourrions être rejoints, nous autorisons la direction de l'école à faire transporter notre enfant au bureau du médecin, à une clinique, au CLSC ou à l'hôpital, si celui-ci se blesse gravement ou manifeste un malaise subit à l'école ou lors d'une activité scolaire (les coûts de ces déplacements doivent être assumés par les parents).

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du répondant