

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom de famille de l'élève

Prénom de l'élève

Date de naissance

Groupe-repère

École

RÉPONDANTS DE L'ÉLÈVE

GARDE PARTAGÉE

Nom du parent

Prénom du parent

Répondant

n° cellulaire

n° tél. maison

Adresse électronique

Nom du parent

Prénom du parent

Répondant

n° cellulaire

n° tél. maison

Adresse électronique

Nom du tuteur

Prénom du tuteur

Répondant

n° cellulaire

n° tél. maison

Adresse électronique

Nom et prénom du contact d'urgence

n° cellulaire urgence

n° tél. maison urgence

ALLERGIES

OUI NON

1. Votre enfant souffre-t-il d'allergies graves?

2. Si oui, à quoi est-il allergique? _____

3. Où se trouve son EpiPen? _____

La date d'expiration est le : _____

4. A-t-il besoin d'un autre médicament d'urgence en permanence à l'école? OUI NON

Si oui, lequel?

Nom Dosage

5. Quelles réactions présente-il? OUI NON

- Difficulté à avaler
- Plaques rouges sur le corps
- Nausées/vomissements
- Urticaire généralisé
- Difficulté à respirer
- Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche
- Perte de conscience

Autres signes observés : _____

Date de la dernière réaction allergique grave : _____

ASTHME

Votre enfant souffre-t-il d'asthme? OUI NON

Qu'est-ce qui déclenche l'asthme?

- Rhume/grippe OUI NON
- Allergie OUI NON
- Autre(s) _____

Date de la dernière crise? _____

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

OUI NON

- Maladie ou troubles cardiaques

- Immunosuppression

- Cancer

- Épilepsie

- Diabète

- Problème visuel

(autre que le port de lunettes)

Précisez : _____

- **Autres problèmes de santé physique : (précisez)**

Votre enfant doit-il prendre un ou des médicaments régulièrement à l'école sous supervision d'un intervenant scolaire? Si oui, lesquels? OUI NON

Nom Dosage

Nom Dosage

Nom Dosage

Quel médicament a été prescrit pour son asthme?

Nom Dosage Qui l'administre?

Nom Dosage Qui l'administre?

Nom Dosage Qui l'administre?

A-t-il ces médicaments avec lui à l'école? OUI NON

Aucun médicament n'est fourni par l'école. Cependant, des médicaments ou des soins de santé faisant l'objet d'une prescription médicale pourront être administrés aux élèves après entente écrite avec la direction de l'école.

* J'ai complété les renseignements demandés sur l'état de santé de mon enfant et s'il survient des changements en cours d'année scolaire, je m'engage à en informer l'école.

* J'autorise le personnel concerné de l'école (directions, enseignants, spécialistes, professionnels, infirmières, hygiénistes dentaires, responsables des premiers soins, surveillants d'élèves, conducteurs et transporteurs scolaires) à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.

* J'autorise la direction de l'école à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près, s'il est impossible de me contacter.

Signature de l'autorité parentale

Date