

Fiche d'urgence santé
Année scolaire 2024-2025

**IDENTIFICATION
DE L'ÉLÈVE**

No DE FICHE Groupe ÉCOLE

NOM DE L'ÉLÈVE

PRÉNOM DE L'ÉLÈVE

SEXE

DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)

IDENTIFICATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

RÉPONDANT : RÉPONDANT TUTEUR

NOM DU RÉPONDANT

PRÉNOM DU RÉPONDANT

cellulaire du répondant

Courriel du répondant

NOM DU RÉPONDANT

PRÉNOM DU RÉPONDANT

cellulaire du répondant

Courriel du répondant

NOM DU TUTEUR

PRÉNOM DU TUTEUR

cellulaire du tuteur

Courriel du tuteur

ADRESSE DE RÉSIDENCE

No CIVIQUE GENRE RUE/RANG/ROUTE

N, S, E, O

APP.

CASIER POSTAL

VILLE / MUNICIPALITÉ

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE TRAVAIL RÉPONDANT

TÉLÉPHONE TRAVAIL RÉPONDANT

TÉLÉPHONE TRAVAIL tuteur

TÉLÉPHONE CELLULAIRE RÉPONDANT

TÉLÉPHONE CELLULAIRE RÉPONDANT

TÉLÉPHONE CELLULAIRE tuteur

ADRESSE ÉLECTRONIQUE RÉPONDANT

ADRESSE ÉLECTRONIQUE RÉPONDANT

ADRESSE ÉLECTRONIQUE tuteur

ÉTAT DE SANTÉ

Afin que nous intervenions adéquatement et le plus rapidement possible auprès de votre enfant, nous vous demandons de nous signaler tout problème majeur de santé ou toute situation nécessitant des soins de santé particuliers.

Si des changements survenaient en cours d'année dans l'état de santé de votre enfant, veuillez communiquer avec la secrétaire.

Aucun problème de santé

Prend-t-il des médicaments? Oui Si oui, lesquels : _____

Allergie Sans épi-pen À quoi? _____

vec épi-pen

Asthme _____ Pompe à l'école : Oui

Diabète avec insuline Diabète sans insuline

Autres _____

Épilepsie

Handicap ou difficulté importante qui nécessite qu'on y porte une attention : Oui précisez : _____

SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence et en **l'absence des parents**, quelle personne devons-nous appeler ? (s.v.p. en aviser cette personne)

Nom : _____ Cochez : Parenté Ami Voisin Autre Téléphone : _____

Si vous avez d'autres enfants qui fréquentent l'école, indiquez-le :

Nom et prénom : _____ Nom et prénom : _____

NOTE : Les frais de transport par ambulance ou taxi, du lieu de l'accident sont couverts par **les parents.**

AUTORISATION DE L'AUTORITÉ PARENTALE

J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CSSS affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire (direction, enseignants(es), personnel non enseignant, personnel du service de garde et du transport scolaire) les informations que comprend la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu du traitement, si cela s'avère nécessaire.

Sur référence des intervenants du milieu scolaire ou à la demande de mon enfant, j'autorise l'infirmière du CSSS à effectuer les interventions de santé jugées pertinentes.

X _____
SIGNATURE : REP. #1 REP. #2 PERSONNE AUTORISÉE

X _____
Date

Infos Besoins Spéciaux: _____