



Fiche santé



1. Identification de l'élève

Nom de l'élève

Prénom de l'élève

Groupe

Adresse

Ville

Code postal

Sexe

Date de naissance

2. Identification parentale

Nom et prénom du père

Tél. résidence

Tél. bureau

Tél. cellulaire

Nom et prénom de la mère

Tél. résidence

Tél. bureau

Tél. cellulaire

Détenteur de l'autorité parentale : Père et mère Père Mère Garde partagée

Autre _____

Personne à contacter en cas d'urgence, si l'un des parents ne peut être rejoint :

Nom de la personne

Lien

Téléphone

3. État de santé

Votre enfant souffre-t-il de ?

◇ Asthme sévère (nécessitant un suivi médical régulier) Non Oui

◇ Diabète Non Oui

◇ Épilepsie Non Oui

◇ Allergie sévère (nécessitant auto-injecteur Allerject, Twinject ou Épipen) Non Oui

Si oui, à quel allergène? _____

◇ Autre problème important? Non Oui

Spécifiez : _____

4. Autorisation

Par la présente, j'autorise le personnel de l'école et l'infirmière du CLSC à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche et à fournir les soins nécessaires en cas d'urgence.

Signature des parents ou tuteur

Date