

FICHE-SANTÉ

École Iona

Cette fiche fournit de l'information de base sur l'état de santé de votre enfant. Ces renseignements nous sont nécessaires afin de favoriser les meilleures conditions possibles d'apprentissage et nous permettre une intervention rapide et adéquate en cas d'urgence.

La fiche sera gardée au dossier de l'élève et au service de santé. Elle est à la disposition du personnel du CLSC (infirmière, travailleur social), du personnel enseignant et du responsable des premiers soins, au besoin. Cette fiche est valable pour un an et sera détruite à la fin de l'année scolaire.

Année scolaire 2012-2013

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ App. : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____

L'élève demeure avec : Père et mère: Mère: Père: Garde partagée: Tuteur :

Sexe : F M Date de naissance : ____ / ____ / ____
A M J

Numéro d'assurance-maladie : _____ Expiration : _____

Langue maternelle : _____ Parlée à la maison : _____

2. RENSEIGNEMENTS ACADÉMIQUES

Groupe : _____ École fréquentée l'an dernier : _____

3. RENSEIGNEMENTS DES PARENTS

Nom et prénom du père : _____

Téléphone au travail : _____ Poste : _____

Nom et prénom de la mère : _____

Téléphone au travail : _____ Poste : _____

Nom du tuteur(s'il y a lieu) : _____

Lien avec l'élève : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

4. URGENCE (SI LES PARENTS NE PEUVENT ÊTRE REJOINTS)

Nom et prénom d'une personne à appeler en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'élève : _____ Téléphone : _____ Travail : _____

+

IMPORTANT : COMPLÉTER LE VERSO

+

5. INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Problèmes de santé	Oui	Non	Suivi par un médecin ou spécialiste (précisez le nom)	Problème(s) corrigé(s) (précisez)	Médication (précisez)
Asthme					
Audition					
Cardiaque					
Dentition					
Diabète					
Épilepsie					
Langage					
Vision					
Autre(s) : hémophilie prob.digestif, neuro. handicap physique					

6. ALLERGIES

Arachides : Plumes : Œufs : Antibiotiques : Piqûres d'insectes :

Autre(s) (précisez) : _____

Type de réaction : _____

Usage de l'auto-injecteur EPIPEN Médication : usage de la cortisone :

Autre(s) (précisez) : _____

✦ **Attention** ✦ : Si votre enfant souffre d'une allergie qui peut mettre sa vie en danger, s.v.p., informez la direction de l'école. Pour tout changement dans l'état de santé de votre enfant durant l'année, communiquez avec l'école sans délai.

7. RECOMMANDATIONS OU INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES**7. ÉDUCATION PHYSIQUE**

Y a-t-il des contre-indications à ce que votre enfant participe au cours d'éducation physique?

Oui

Non

Si oui, un **certificat médical** récent est **exigé** pour toute exemption d'éducation physique.

8. AUTORISATION

J'autorise l'infirmier(ère) et le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche, ainsi qu'à procurer les premiers soins à mon enfant en cas de situation d'urgence ou de malaise s'il est impossible de rejoindre les parents.

Signature des parents ou tuteurs : _____

Date : _____