

IDENTIFICATION  
DE L'ÉLÈVE

No DE FICHE

Gr. REPÈRE

Saint-Claude

ÉCOLE ( 038 )

NOM DE L'ÉLÈVE

PRÉNOM DE L'ÉLÈVE

MASCULIN  FÉMININ  NON BINAIRE

SEXE

DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)

PARENT A  PÈRE  MÈRE

PARENT B  PÈRE  MÈRE

TUTEUR

TYPE  
D'ADRESSE

ADRESSE  
EFFECTIVE LE

No CIVIQUE

GENRE

RUE/RANG/ROUTE

N, S, E, O

APP.

CASIER POSTAL

- 1- Les 2 parents  
2- Père  
3- Mère  
4- Tuteur ou tutrice

AAAA-MM-JJ

VILLE / MUNICIPALITÉ

CODE POSTAL

MRQ :

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL parent A

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL parent B

CELLULAIRE parent A

CELLULAIRE parent B

CELLULAIRE 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 surviennent en cours d'année dans l'état de santé de votre enfant, veuillez communiquer avec la direction de l'école.**

Mon enfant n'a AUCUN problème de santé.  (cocher ici, s'il y a lieu)

Mon enfant présente un problème de santé (cocher la case de gauche, s'il y a lieu) :

- Allergie sans auto-injecteur à quoi? \_\_\_\_\_  Allergie avec auto-injecteur à quoi? \_\_\_\_\_
- Allergie médicament; à quoi? \_\_\_\_\_  Port de lunettes ou de lentilles cornéennes ?
- Asthme fréquence des crises : \_\_\_\_\_ pompe à l'école :  Oui  Non
- Diabète mesure à prendre à l'école s'il y a crise : \_\_\_\_\_
- Épilepsie mesure à prendre à l'école s'il y a crise : \_\_\_\_\_
- Déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité - Médication : \_\_\_\_\_
- Autre problème (décrivez brièvement) : \_\_\_\_\_ médication : \_\_\_\_\_

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 DU CONTACT D'URGENCE

LIEN AVEC L'ÉLÈVE

TÉLÉPHONE D'URGENCE

CELLULAIRE D'URGENCE

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

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Enseignant(e) : \_\_\_\_\_

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Enseignant(e) : \_\_\_\_\_

**NOTE : Les frais de transport par ambulance ou taxi sont à la charge des parents ou couverts par leur assurance personnelle.**

AUTORISATION DES PARENTS

J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CIUSSS affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire, les informations que comprend la présente fiche et en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à assurer 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 CIUSSS à effectuer les interventions de santé jugées pertinentes.

Signature de l'autorité parentale

Date