

FICHE SANTÉ - ÉCOLE LOUISE-TRICHET - ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

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 aussi nous permettre une intervention rapide et adéquate en cas d'urgence.

La fiche sera gardée au dossier de l'élève. Elle est à la discrétion 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, elle doit être complétée en début de chaque année scolaire et elle sera détruite à la fin de l'année scolaire.

1. Renseignements personnels

Foyer:

Élève (Nom): _____ (Prénom): _____

Adresse principale: _____ App: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone: (____) ____ - _____ Date de naissance: J____/M____/A____

No d'assurance maladie: _____ Date d'expiration: A_____/M_____

Lieu de naissance: _____

Date d'arrivée au Québec (si l'élève est née ailleurs): _____

Langue(s): Maternelle: _____ Parlée à la maison: _____

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

Père (Nom et Prénom): _____

Adresse: _____ Tél. au travail: (____) ____ - _____

Courriel: _____ Tél. à domicile: (____) ____ - _____

Tél. cellulaire: (____) ____ - _____

Mère (Nom et Prénom): _____

Adresse: _____ Tél. au travail: (____) ____ - _____

Courriel: _____ Tél. à domicile: (____) ____ - _____

Tél. cellulaire: (____) ____ - _____

Tuteur (Nom et Prénom): _____

Adresse: _____ Tél. au travail: (____) ____ - _____

Courriel: _____ Tél. à domicile: (____) ____ - _____

Tél. cellulaire: (____) ____ - _____

2. Urgence (Si les parents ne peuvent pas être rejoints)

Nom: _____ Prénom: _____

Lien avec l'élève: _____ Tél. à domicile: (____) ____ - _____

Tél. au travail: (____) ____ - _____

Tél. cellulaire: (____) ____ - _____

En cas de situation de malaise, j'autorise le personnel de l'école à dispenser les premiers soins à mon enfant. En cas d'urgence, j'autorise l'infirmière et le médecin à s'assurer que mon enfant reçoive les soins d'urgence requis, s'il est impossible de rejoindre les parents ou tuteurs. Les frais de transport ambulancier, en cas d'urgence, sont à la charge des parents ou tuteurs.

Signature des parents ou tuteurs: _____ Date: ____/____/2020

***** IMPORTANT: COMPLÉTER LE VERSO*****

Cochez le(s) problème(s) de santé de votre enfant. Précisez le suivi par un médecin ou un spécialiste le(s) problème(s) corrigé(s) et la médication.

3. Informations sur la santé de l'élève

Problème de santé physique ou psychosociale	cochez ici	Suivi par un médecin ou un spécialiste (précisez le nom) Date du prochain rendez-vous	Traitement ou correction (précisez)	Médication (précisez)
Vision				
Audition				
Langage				
Dentition				
Asthme				
Diabète				
Épilepsie				
Cardiaque				
Suivi psychologique ou social				
Autre(s) (problème neurologique, digestif handicap physique etc.)				

Allergies: _____

Type de réaction: _____

Usage de l'auto-injecteur: Épipen
 Usage de la cortisone
 Autre(s) (précisez): _____

Attention si votre enfant souffre d'une allergie qui peut mettre sa vie en danger, s'il vous plaît informer la direction de l'école. Pour tout changement dans l'état de santé de votre fille durant l'année scolaire, communiquez avec l'école sans délai.

Si asthme: Date de la dernière crise: _____

Recommandations ou informations supplémentaires:

4. Éducation physique

Pour toute exemption au cours d'éducation physique liée à un problème de santé, un certificat médical récent est exigé.

5. Autorisation

J'autorise l'infirmière et tout autre personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.

Signature du parent: _____ Date: ____/____/____

Information à l'usage de l'école

