

Fiche urgence-santé 2017-2018

École : _____

Nom de l'élève : _____ Prénom : _____

Niveau : _____ Groupe: _____ Date de naissance : ____/____/____ Sexe : F M

N^o assurance-maladie |

Année	Mois	Jour			

Date d'expiration : ____/____/____
(carte d'assurance-maladie) Année Mois

Restriction de la cour Non Oui Avez-vous remis le document relatif à la restriction? Oui Non

L'enfant demeure avec : ses 2 parents parent 1 parent 2 garde partagée tuteur

Personne à contacter en cas d'urgence: _____ ☎ (Rés./bur./cell./paget): _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom du parent 1 : _____ ☎ Rés.: _____ ☎ Autres (bur./cell./paget): _____

Nom du parent 2 : _____ ☎ Rés.: _____ ☎ Autres (bur./cell./paget): _____

Courriel parent 1 : _____ Courriel parent 2 : _____

VOTRE ENFANT POURRAIT-IL ÊTRE À RISQUE DE NÉCESSITER DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE (EX : TRANSPORT AMBULANCIER) COMPTE-TENU D'UN PROBLÈME DE SANTÉ GRAVE TEL QUE :

Allergie avec auto injecteur d'épinéphrine prescrit : porté sur l'enfant et/ou armoire au commun

Allergène : _____

*Allergie à une médication : _____ (Cette information est utile lors d'un transport en ambulance).

* **Pour tous les élèves allergiques, un bracelet identifiant l'allergène est fortement recommandé.**

Diabète Médication prescrite : _____

Épilepsie Médication prescrite : _____

*Changement au niveau de son épilepsie depuis l'an dernier : non oui préciser : _____

Problématique respiratoire (ex : asthme...) avec inhalateur prescrit :

*Inhalateur conservé à portée de l'enfant : sac d'école pochette à la taille armoire au commun

*Changement au niveau de sa problématique respiratoire depuis l'an dernier : non oui

préciser : _____

Autre problématique de santé pouvant nécessiter des soins particuliers à l'école ex : cathétérisme ... : _____

J'autorise à ce que les informations inscrites sur cette fiche soient transmises au besoin à l'infirmière et aux membres du personnel de l'école.

Signature du parent ou tuteur

Date

Signature du jeune de 14 ans et plus

Date

