

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom de famille de l'élève

Prénom de l'élève

Date de naissance

École

RÉPONDANT DE L'ÉLÈVE

GARDE PARTAGÉE

Nom du parent

Prénom du parent

Répondant

no.cellulaire

no. tél. maison

no. tél. travail

Nom du parent

Prénom du parent

Répondant

no.cellulaire

no. tél. maison

no. tél. travail

Nom du tuteur

Prénom du tuteur

Répondant

no.cellulaire

no. tél. maison

no. tél. travail

Nom et prénom du contact d'urgence

no.cellulaire urgence

no. tél. maison urgence

ALLERGIES

1. Votre enfant souffre-t-il d'allergies graves ?

OUI NON

2. Si oui, à quoi est-il allergique ?

3. Où se trouve son EpiPen ?

La date d'expiration est le :

4. A-t-il besoin d'un autre médicament d'urgence en permanence à l'école ?

OUI NON

Si oui, lequel ?

Nom Dosage

5. Quelles réactions présente-t-il ?

OUI NON

- Difficulté à avaler

- Plaques rouges sur le corps

- Nausées / vomissements

- Urticaire généralisé

- Difficulté à respirer

- Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche

- Perte de conscience

Autres signes observés :

Date de la dernière réaction allergique grave :

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

- Maladie ou troubles cardiaques

OUI NON

- Immunosuppression

- Cancer

- Épilepsie

- Diabète

- Problème visuel

- Lunettes

- Problème auditif

- Handicap

- Déficit d'attention

- Autre problème de santé :

Votre enfant doit-il prendre un ou des médicaments régulièrement ?

OUI NON

Si oui, lesquels ?

Nom Dosage Qui l'administre ?

Nom Dosage Qui l'administre ?

Nom Dosage Qui l'administre ?

ASTHME

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ?

OUI NON

Qu'est-ce qui déclenche l'asthme ?

- Rhume/grippe

OUI NON

- Allergie

OUI NON

- Autre(s)

Date de la dernière crise ?

Quel médicament a été prescrit pour son asthme ?

Nom Dosage Qui l'administre ?

Nom Dosage Qui l'administre ?

Nom Dosage Qui l'administre ?

A-t-il ces médicaments avec lui à l'école ? OUI NON

Aucun médicament n'est fourni par l'école. Cependant, des médicaments ou des soins de santé faisant l'objet d'une prescription médicale pourront être administrés aux élèves après entente écrite avec la direction de l'école.

Si votre enfant a un diagnostic d'allergie grave, de diabète ou d'épilepsie, veuillez faire parvenir à l'infirmière de l'école, une photo récente de votre enfant. Merci !

* J'ai complété les renseignements demandés sur l'état de santé de mon enfant et s'il survient des changements en cours d'année scolaire, je m'engage à en informer l'école.

* J'autorise le personnel concerné de l'école (directions, enseignants, spécialistes, professionnels, infirmières, hygiéniste dentaire, service de garde, conducteurs et transporteurs scolaires) à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.

* J'autorise la direction de l'école à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près, s'il est impossible de me contacter.

Signature de l'autorité parentale

Date