

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom de famille de l'élève

Prénom de l'élève

Date de naissance

École

## RÉPONDANTS DE L'ÉLÈVE

GARDE PARTAGÉE

Nom du parent

Prénom du parent

Répondant

No cellulaire

No tél. maison

Adresse électronique

Nom du parent

Prénom du parent

Répondant

No cellulaire

No tél. maison

Adresse électronique

Nom du tuteur

Prénom du tuteur

Répondant

No cellulaire

No tél. maison

Adresse électronique

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-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

(autres que le port de lunettes)

Précisez : \_\_\_\_\_

- Autres problèmes de santé physique (précisez) :

\_\_\_\_\_

Votre enfant doit-il prendre un ou des médicaments régulièrement à l'école sous supervision d'un intervenant scolaire? Si oui, lesquels?

OUI  NON

Nom \_\_\_\_\_

Dosage \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Dosage \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Dosage \_\_\_\_\_

## 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 reçu un diagnostic d'allergie grave, de diabète ou d'épilepsie, veuillez faire parvenir sa photo récente au secrétariat de l'école. 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