Centre de services scolaire des Hautes-Laurentides
Québec

FICHE DE SANTÉ 2026-2027

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

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

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

	OUI	NON
- Maladie ou troubles cardiaques	☐	☐
- 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? OUI ☐ NON ☐
Si oui, lesquels?

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 préscrit 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 le personnel de l'école à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter mon enfant à l'hôpital le plus près, si besoin.

Signature de l'autorité parentale _____ **Date** _____