

FICHE DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE ANNÉE SCOLAIRE 2019-2020

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'élève :	_____	Prénom :	_____
Date de naissance :	_____	Téléphone :	_____
	année / mois / jour		
# assurance-maladie :	_____	Date d'expiration :	_____
Adresse :	_____	_____	_____
	numéro	rue	ville code postal
Niveau scolaire en 2018-2019 :	_____	Frère ou sœur à l'école :	_____

RÉPONDANT DE L'ÉLÈVE

Garde légale : <input type="checkbox"/> père et mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> garde partagée <input type="checkbox"/> tuteur				
_____	()	()	()	
Nom et prénom du père	Tél. maison	Tél. travail	Cellulaire	
_____	()	()	()	
Nom et prénom de la mère	Tél. maison	Tél. travail	Cellulaire	
Coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence s'il est impossible de rejoindre les parents :				
_____	()	()	()	
Nom de la personne	Lien avec l'enfant	Tél. maison	Tél. travail	Cellulaire

AUTORISATION

<input type="checkbox"/> J'autorise le personnel responsable de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.	
<input type="checkbox"/> J'autorise le personnel responsable de l'école à administrer à mon enfant les médicaments requis par son problème de santé et qui sont notés au verso.	
<input type="checkbox"/> 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 nous rejoindre.	
<input type="checkbox"/> Je m'engage à informer l'école s'il survenait des changements concernant la condition de santé de mon enfant en cours d'année scolaire.	
Signature des parents ou tuteur	Date

S.V.P. COMPLÉTER LE VERSO ET RETOURNER CETTE FICHE À L'ÉCOLE

.../verso

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

**Si votre enfant présente des problèmes importants de santé,
veuillez communiquer avec la direction de l'école dès la rentrée scolaire**

ASTHME	ALLERGIES																																																									
<p>Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Qu'est-ce qui déclenche l'asthme ?</p> <p style="padding-left: 20px;">Rhume/grippe oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Allergie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;">Autre(s) _____</p> <p>Date de la dernière crise _____</p> <p>A-t-il déjà nécessité des soins d'urgence ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Doit-il garder un ou des médicaments en permanence à l'école ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lesquels ? _____</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nom</td> <td style="width: 20%;">dosage</td> <td style="width: 20%;">fréquence</td> <td style="width: 40%;">mode d'administration</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Nom	dosage	fréquence	mode d'administration									<p>Votre enfant souffre-t-il d'allergies graves pour lesquelles on lui a prescrit de l'adrénaline auto-injectable? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quoi est-il allergique ? _____</p> <p>Quelles réactions présente-t-il ?</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>▪ Difficulté à avaler</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Plaques rouges sur le corps</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Nausées/vomissements</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Urticaire généralisé</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Difficulté à respirer</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Perte de conscience</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Autres signes observés : _____</p> <p>Date de la dernière réaction allergique grave : _____</p> <p>A-t-il eu besoin de soins d'urgence ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>A-t-il eu besoin d'une injection d'adrénaline ou d'un autre médicament ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lequel ? _____ Date d'expiration ? _____</p> <p>Où range-t-il son matériel injectable ? _____</p> <p>Porte-t-il un bracelet ou chaîne style MédicAlert ? _____</p>		oui	non	▪ Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Plaques rouges sur le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Nausées/vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Urticaire généralisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
Nom	dosage	fréquence	mode d'administration																																																							
	oui	non																																																								
▪ Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Plaques rouges sur le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Nausées/vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Urticaire généralisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ																																																										
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">oui</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>▪ Maladie ou trouble cardiaque</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Immunosuppression</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Cancer</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Épilepsie</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Diabète</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Problème visuel</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Problème auditif</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Handicap (si oui, préciser) _____</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>▪ Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> Si médication, laquelle ? _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td> Autre problème de santé _____</td><td align="center"><input type="checkbox"/></td><td align="center"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td> Précisions sur le problème de santé : _____</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p> </p> <p>▪ Votre enfant doit-il prendre un ou des médicament(s) régulièrement à l'école? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p> Si oui, le(s)quel(s) _____</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Nom</td> <td style="width: 20%;">dosage</td> <td style="width: 20%;">fréquence</td> <td style="width: 40%;">mode d'administration</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		oui	non	▪ Maladie ou trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Immunosuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Problème visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Problème auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Handicap (si oui, préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si médication, laquelle ? _____			Autre problème de santé _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisions sur le problème de santé : _____			Nom	dosage	fréquence	mode d'administration									<p align="center" style="background-color: #cccccc; padding: 2px;">MÉDICATION D'URGENCE À L'ÉCOLE</p> <p>A-t-il besoin d'un médicament d'urgence en permanence à l'école? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lequel ? _____</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nom</td> <td style="width: 50%;">dosage</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>J'autorise les personnes ayant reçu une formation à administrer à mon enfant:</p> <p><input type="checkbox"/> l'adrénaline (<i>EpiPen</i> ou <i>Twinject</i>) lors d'une réaction allergique grave;</p> <p><input type="checkbox"/> le <i>glucagon</i> lors d'une réaction hypoglycémique grave, selon la prescription médicale;</p> <p>toute autre médication d'urgence, selon la prescription médicale.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 100%; text-align: center;">Nom du médicament</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table> <p><u>Veuillez faire parvenir à l'infirmière de l'école une (1) photo récente de votre enfant s'il a un diagnostic d'allergie grave, de diabète ou d'épilepsie, de compléter la fiche du plan d'urgence pour l'anaphylaxie, ou pour les maladies nécessitant une attention particulière.</u></p> <p>Signature du parent, du tuteur ou de l'étudiant (14 et plus).</p> <p>_____</p> <p>Date : _____</p>	Nom	dosage			Nom du médicament	
	oui	non																																																								
▪ Maladie ou trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Immunosuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Problème visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Problème auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Handicap (si oui, préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
▪ Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Si médication, laquelle ? _____																																																										
Autre problème de santé _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
Précisions sur le problème de santé : _____																																																										
Nom	dosage	fréquence	mode d'administration																																																							
Nom	dosage																																																									
Nom du médicament																																																										
<p>Si votre enfant a besoin de médicaments à l'école, veuillez nous faire parvenir <u>les contenants d'origine (format unidose)</u> et compléter l'autorisation au recto.</p> <p>Selon le problème de santé de votre enfant, en avez-vous avisé :</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input type="checkbox"/> Le Pensionnat</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">oui <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Les animateurs</td> <td align="center">oui <input type="checkbox"/></td> <td align="center">non <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Les enseignants</td> <td align="center">oui <input type="checkbox"/></td> <td align="center">non <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Veuillez svp vous assurer qu'un suivi soit effectué.</p>		<input type="checkbox"/> Le Pensionnat	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Les animateurs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Les enseignants	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																																
<input type="checkbox"/> Le Pensionnat	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/> Les animateurs	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/> Les enseignants	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>																																																								

