

FICHE DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE
ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

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 2020-2021 :			Frère ou sœur à l'école :		

RÉPONDANT DE L'ÉLÈVE

Garde légale : père et mère père mère garde partagée 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

- J'autorise le personnel responsable de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.
- 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.
- 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.
- 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

.../verso

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

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

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 _____

A-t-il déjà nécessité des soins d'urgence ? oui non

Doit-il garder un ou des médicaments en permanence à l'école ? oui non

Si oui, lesquels ?

Nom	dosage	fréquence	mode d'administration
-----	--------	-----------	-----------------------

Nom	dosage	fréquence	mode d'administration
-----	--------	-----------	-----------------------

AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

oui non

- Maladie ou trouble cardiaque
- Immunosuppression
- Cancer
- Épilepsie
- Diabète
- Problème visuel
- Problème auditif
- Handicap (si oui, préciser)

- Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité

Si médication, laquelle ? _____

Autre problème de santé

Précisions sur le problème de santé :

- Votre enfant doit-il prendre un ou des médicament(s) régulièrement à l'école? oui non

Si oui, le(s)quel(s)

Nom	dosage	fréquence	mode d'administration
-----	--------	-----------	-----------------------

Nom	dosage	fréquence	mode d'administration
-----	--------	-----------	-----------------------

Si votre enfant a besoin de médicaments à l'école, veuillez nous faire parvenir les contenants d'origine (format unidose) et compléter l'autorisation au recto.

Selon le problème de santé de votre enfant, en avez-vous avisé :

- Le Pensionnat oui non
- Les animateurs oui non
- Les enseignants oui non

Veuillez svp vous assurer qu'un suivi soit effectué.

Votre enfant souffre-t-il d'**allergies graves** pour lesquelles on lui a prescrit de l'adrénaline auto-injectable?

oui non

Si oui, à quoi est-il allergique ? _____

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 :

A-t-il eu besoin de soins d'urgence ?

A-t-il eu besoin d'une injection d'adrénaline ou d'un autre médicament ?

Si oui, lequel ? _____ Date d'expiration ? _____

Où range-t-il son matériel injectable ? _____

Porte-t-il un bracelet ou chaîne style MédicAlert ? _____

MÉDICATION D'URGENCE À L'ÉCOLE

A-t-il besoin d'un médicament d'urgence en permanence à l'école? oui non

Si oui, lequel ?

Nom	dosage
-----	--------

J'autorise les personnes ayant reçu une formation à administrer à mon enfant:

- l'adrénaline (*EpiPen ou Twinject*) lors d'une réaction allergique grave;
- le *glucagon* lors d'une réaction hypoglycémique grave, selon la prescription médicale; toute autre médication d'urgence, selon la prescription médicale.

Nom du médicament

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.

Signature du parent, du tuteur ou de l'étudiant (14 et plus).

Date : _____

