



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

#### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

#### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Centre  
de services scolaire  
de la Pointe-de-l'Île  
Québec

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

#### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

#### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:





# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

#### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Centre  
de services scolaire  
de la Pointe-de-l'Île  
Québec

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

#### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

#### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:





# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Centre  
de services scolaire  
de la Pointe-de-l'Île  
Québec

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:



# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

#### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES:





# FICHE URGENCE-SANTÉ

## 2021-2022

### JEAN-GROU

Centre  
de services scolaire  
de la Pointe-de-l'Île  
Québec

Mon enfant a un problème de santé: Oui  Non

Nom (élève): \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Langue parlée à la maison: \_\_\_\_\_

L'enfant demeure :  Les deux parents  Un des parents : \_\_\_\_\_

Tuteur : \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_

Groupe-Repère: \_\_\_\_\_

Frères ou soeurs à l'école: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

### Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence:

PARENT	PARENT
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____
TUTEUR	AUTRE (en cas d'urgence)
Nom: _____	Nom: _____
Prénom: _____	Prénom: _____
Tél. rés.: _____	Tél. rés.: _____
Tél. trav.: _____	Tél. trav.: _____
Tél. cell: _____	Tél. cell: _____
Courriel : _____	Courriel : _____

#### TRANSPORT À L'HÔPITAL OU À LA CLINIQUE

S'il y a nécessité d'un transport à l'hôpital et que l'autorité parentale ne peut assurer le transport, les parents devront assumer les frais de transport.

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école (allergie sévère à certains aliments, piqûres d'insectes, diabète ou AUTRE).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? Oui  Non

**N.B.:** Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

**S.V.P. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir  
au cours de la présente année scolaire.**

**SVP, compléter et signer le verso**

## Renseignements sur la santé de mon enfant

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

Problème(s) de santé	X	Problème(s) (préciser s'il y a lieu)	Nom du médecin ou du spécialiste ainsi que le nom de l'hôpital ou de la clinique	Médication: Si oui, précisez: (nom du médicament et posologie)
Asthme	<input type="checkbox"/>			
Vision et/ou audition	<input type="checkbox"/>			
Langage	<input type="checkbox"/>			
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/>			
Épilepsie	<input type="checkbox"/>			
Diabète	<input type="checkbox"/>			
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/>			
TDAH	<input type="checkbox"/>			
Autre(s)	<input type="checkbox"/>			

**ALLERGIE(S) SÉVÈRE(S):**

- Alimentaire:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Piqûres d'insectes:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
- Autre(s):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

Médicament(s) d'urgence: Oui  Non       Épipen:       Bénadryl:

Autre médicament: \_\_\_\_\_

Nom du médecin: \_\_\_\_\_ Nom de l'hôpital ou de la clinique: \_\_\_\_\_

### AUTORISATION

- J'autorise l'ouverture du dossier au CLSC et j'autorise à assurer le suivi infirmier requis au besoin. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Oui  Non
- J'autorise le personnel de l'école à distribuer/administrer tout AUTRE MÉDICAMENT prescrit mentionné sur cette feuille, à mon enfant, si nécessaire. Oui  Non
- Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur ses problèmes de santé. Oui  Non
- Je consens à fournir à l'école la médication requise identifiée avec l'étiquette de la pharmacie au nom de mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière et tout le personnel habilité à vérifier la tête de mon enfant en cas d'éclosion de poux ou lors de signes et symptômes manifestés par mon enfant. Oui  Non
- J'autorise l'infirmière à dépister la présence de maladies contagieuses(ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un \_\_\_\_\_ Oui  Non

**Signature des parents, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Espace réservé à l'usage de l'infirmière et/ou du personnel de l'école  
NOTES: