

FICHE URGENCE-SANTÉ

2025-2026

JEAN-GROU



Afin d'assurer la sécurité de l'élève, le personnel de l'école doit être informé des problèmes de santé qui pourraient nécessiter une intervention (ex. médicaments, allergies, traitement, etc.).

Est-ce que votre enfant présente un tel problème de santé ?

OUI

NON

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom de famille :

Prénom :

No de fiche :

Classe

Groupe-Repère

autobus

Langue parlée à la maison :

Date de naissance:

Sexe :

Masculin

Féminin

Autre

Frères ou sœurs à l'école :

ADRESSE PRINCIPALE

no. civique

genre (rue, boul., ave...)

rue

appartement

ville / arrondissement

code postal

Téléphone à la maison :

autre(s) numéro(s) de téléphone

L'enfant demeure : ☐ Les deux parents☐ Un des parents :☐ Tuteur :

Nom du parent : _____

Prénom du parent : _____

Téléphone à la maison : _____

Téléphone répondant 1: _____

Téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Nom du parent : _____

Prénom du parent : _____

Téléphone à la maison : _____

Téléphone répondant 2: _____

Téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Nom du tuteur : _____

Prénom du tuteur : _____

Téléphone à la maison : _____

Téléphone au travail : _____

Téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Nom contact d'urgence : _____

Prénom contact d'urgence : _____

Téléphone à la maison : _____

Téléphone au travail : _____

Téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Les parents doivent prévenir ces personnes que l'école les contactera en cas d'urgence.

SVP, remplir et signer le verso



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UNE ALLERGIE SÉVÈRE ?

Alimentaire	Oui Non	Préciser :
Piqûre guêpe/abeille	Oui Non	Préciser :
Autre(s) allergie(s)		Préciser :
Auto-injecteur épinéphrine (Épipen)	Oui Non	Si oui, préciser : Date d'expiration :
Autre :		Préciser :

L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE ?

Asthme	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Diabète	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) Insulinodépendant : Oui Non	Prise à l'école Oui Non
Épilepsie	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Anémie falciforme	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Problèmes cardiaques	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Autre	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Autre	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non

*Veuillez noter que la médication à l'école est une mesure exceptionnelle. Vous devrez autoriser toute médication administrée à l'école et fournir la prescription et la médication dans son contenant d'origine. Pour tout changement concernant les besoins spécifiques de votre enfant, veuillez communiquer avec le personnel du secrétariat de l'école.

AUTORISATION

Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur les problèmes de santé suivants : asthme, diabète, épilepsie, anémie falciforme, problèmes cardiaques, allergies, autres :	Oui Non
J'autorise l'infirmière à dépister la présence de signes et symptômes de maladies contagieuses et parasitaires (ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un suivi :	Oui Non
Autre(s) allergie(s) Si un transport par ambulance doit être effectué, les frais seront entièrement à la charge des parents ou tuteur.	

SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DU JEUNE DE 14 ANS ET PLUS

signature	Date :
-----------	--------

FICHE URGENCE-SANTÉ

2024-2025

JEAN-GROU



Afin d'assurer la sécurité de l'élève, le personnel de l'école doit être informé des problèmes de santé qui pourraient nécessiter une intervention (ex. médicaments, allergies, traitement, etc.).

Est-ce que votre enfant présente un tel problème de santé ?

OUI

NON

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom de famille :

Prénom :

No de fiche :

Classe

Groupe-Repère

autobus

Langue parlée à la maison :

Date de naissance:

Sexe :

Masculin

Féminin

Autre

Frères ou soeurs à l'école :

ADRESSE PRINCIPALE

no. civique

genre (rue, boul., ave...)

rue

appartement

ville / arrondissement

code postal

Téléphone à la maison :

autre(s) numéro(s) de téléphone

L'enfant demeure : ☐ Les deux parents

☐ Un des parents :

☐ Tuteur :

Nom du parent : _____

Prénom du parent : _____

Téléphone à la maison : _____

Téléphone répondant 1: _____

Téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Nom du parent : _____

Prénom du parent : _____

Téléphone à la maison : _____

Téléphone répondant 2: _____

Téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Nom du tuteur : _____

Prénom du tuteur : _____

Téléphone à la maison : _____

Téléphone au travail : _____

Téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Nom contact d'urgence : _____

Prénom contact d'urgence : _____

Téléphone à la maison : _____

Téléphone au travail : _____

Téléphone cellulaire : _____

Courriel : _____

Les parents doivent prévenir ces personnes que l'école les contactera en cas d'urgence.

SVP, remplir et signer le verso



RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UNE ALLERGIE SÉVÈRE ?

Alimentaire	Oui Non	Préciser :
Piqûre guêpe/abeille	Oui Non	Préciser :
Autre(s) allergie(s)		Préciser :
Auto-injecteur épinéphrine (Épipen)	Oui Non	Si oui, préciser : Date d'expiration :
Autre :		Préciser :

L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE ?

Asthme	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Diabète	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) Insulinodépendant : Oui Non	Prise à l'école Oui Non
Épilepsie	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Anémie falciforme	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Problèmes cardiaques	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Autre	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non
Autre	Oui Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament)	Prise à l'école Oui Non

*Veuillez noter que la médication à l'école est une mesure exceptionnelle. Vous devrez autoriser toute médication administrée à l'école et fournir la prescription et la médication dans son contenant d'origine. Pour tout changement concernant les besoins spécifiques de votre enfant, veuillez communiquer avec le personnel du secrétariat de l'école.

AUTORISATION

Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur les problèmes de santé suivants : asthme, diabète, épilepsie, anémie falciforme, problèmes cardiaques, allergies, autres :	Oui Non
J'autorise l'infirmière à dépister la présence de signes et symptômes de maladies contagieuses et parasitaires (ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un suivi :	Oui Non
Autre(s) allergie(s) Si un transport par ambulance doit être effectué, les frais seront entièrement à la charge des parents ou tuteur.	

SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DU JEUNE DE 14 ANS ET PLUS

signature	Date :
-----------	--------