

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET AUTORISATION EN CAS DE MALAISE OU D'ACCIDENT ANNÉE SCOLAIRE 2021-2022

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_

Sexe :  F  M

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Téléphone à la maison : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
no rue municipalité code postal

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_ Service de garde : oui  non  sporadique

#### En cas de fermeture d'école

Adresse où conduire l'enfant dans son secteur (gardienne, grands-parents, voisins...)

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
no rue municipalité code postal

### RÉPONDANTS DE L'ÉLÈVE

Garde légale :  parent 1 et parent 2  parent 1  parent 2  garde partagée  tuteur

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent 1 ( ) Téléphone au travail (poste) ( ) Téléphone à la maison ( ) Cellulaire

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent 2 ( ) Téléphone au travail (poste) ( ) Téléphone à la maison ( ) Cellulaire

Courriel du parent 1 : \_\_\_\_\_

Courriel du parent 2 : \_\_\_\_\_

**En cas d'urgence pendant les heures scolaires, vous devez obligatoirement nous fournir le nom d'un voisin ou membre de la famille qu'on pourrait rejoindre s'il est impossible de contacter les parents pour venir chercher l'élève au besoin :**

\_\_\_\_\_  
Nom de la personne à contacter Lien avec l'enfant ( ) Téléphone à la maison ou cellulaire

### AUTORISATION

❶ Par la présente, j'autorise le personnel responsable de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche. Cette fiche est à la disposition du personnel responsable (direction de l'école, infirmier(ère), personnel du service de garde, hygiéniste dentaire, personnel enseignant, responsable des premiers soins, TES).

❷ J'autorise aussi 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 rejoindre les parents.

❸ S'il survient des changements concernant la condition de santé de mon enfant en cours d'année scolaire, je m'engage à en informer l'école ainsi que l'infirmière en santé scolaire.

\_\_\_\_\_  
Signature des parents ou tuteurs

\_\_\_\_\_  
Date

**REPLIR LE VERSO ET RETOURNER CETTE FEUILLE 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 dès la rentrée scolaire.

## 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 \_\_\_\_\_

Est-il capable de reconnaître et d'identifier les symptômes? oui  non

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

Est-il capable de prendre ses médicaments sans l'aide d'un adulte? oui  non

## AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

- |  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ maladie ou trouble cardiaque                   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ épilepsie                                      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ diabète  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ handicap                                       | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ déficit d'attention avec ou sans hyperactivité | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ problème visuel                                | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ problème auditif                               | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ autre problème de santé                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ restrictions activités                         | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |

Précisions sur le problème de santé :

\_\_\_\_\_

Votre enfant prend-il un ou des médicament(s) régulièrement? oui  non

Si oui, le(s)quel(s)?

Nom dosage fréquence mode d'administration

Nom dosage fréquence mode d'administration

Est-il capable de le ou les prendre seul(e) de manière autonome lorsqu'on lui remet le ou les médicaments? oui  non

Doit-il le ou les prendre à l'école? oui  non

## ALLERGIES

Votre enfant souffre-t-il d'allergies? oui  non

Votre enfant souffre-t-il d'intolérance alimentaire? oui  non

non

Si oui, à quoi? \_\_\_\_\_

Quelles réactions présente-t-il?

- |  | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ■ plaques rouges sur le corps                                    | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ urticaire généralisée  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ difficultés respiratoires                                      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ difficulté à avaler  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ enflure des lèvres, de la langue et à l'intérieur de la bouche | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ nausées / vomissements / diarrhée                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| ■ perte de conscience  | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |

Autre \_\_\_\_\_

Date de la dernière réaction allergique \_\_\_\_\_

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

A-t-il eu besoin d'un auto-injecteur d'épinéphrine?

Auto-injecteur d'épinéphrine (Epipen) fourni à l'école avec date d'expiration non périmée? oui  non

\* J'autorise les personnes ayant reçu une formation à administrer à mon enfant, l'auto injecteur d'épinéphrine lors d'une réaction allergique selon la prescription médicale.

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

Date

❖ VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR DEUX (2) PHOTOS RÉCENTES DE VOTRE ENFANT. (AU PRIMAIRE SEULEMENT)

Autorisation d'afficher les photos de mon enfant. oui  non

Nom du médecin de famille ou du pédiatre (Facultatif) :

Nom de la clinique : \_\_\_\_\_

☞ Si votre enfant a besoin de médicament(s) à l'école, veuillez nous faire parvenir la prescription médicale, le contenant d'origine et compléter le formulaire d'autorisation de l'école.

Selon les problèmes de santé de votre enfant, si vous le jugez pertinent, VEUILLEZ AVISER :



Le service de garde  
Les surveillants de dîner  
Le(s) chauffeur(s) de l'autobus scolaire