



École fréquentée : _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

NOM DE FAMILLE DE L'ÉLÈVE _____

NIVEAU SCOLAIRE _____

PRÉNOM _____

N° DU LOCAL DE SA CLASSE _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____

LANGUE PARLÉE À LA MAISON _____

SEXE

F

M

DATE DE NAISSANCE (AN - MOIS - JOUR) _____

NUMÉRO
D'ASSURANCE
MALADIE ▶ _____

DATE D'EXPIRATION
(ANNÉE - MOIS) ▶ _____

POUR VOUS REJOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D'URGENCE

PARENT A : PÈRE MÈRE

PARENT B : PÈRE MÈRE

NOM DE FAMILLE _____

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

COURRIEL _____

AUTRE

AUTRE

NOM DE FAMILLE _____

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOM _____

PRÉNOM _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU DOMICILE _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

TÉLÉPHONE AU TRAVAIL _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

AUTRE TÉLÉPHONE _____

COURRIEL _____

COURRIEL _____

IMPORTANT

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 ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).

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

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

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.

SIGNATURE DU PARENT, TUTEUR OU JEUNE DE 14 ANS OU PLUS

DATE (AN - MOIS - JOUR)

École fréquentée : _____

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

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

L'état de santé de l'élève a-t-il changé depuis l'an passé ? Oui Non

L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL

ALLERGIE SÉVÈRE

Alimentaire Oui
 Non

Piqûres d'insectes Oui
 Non

Autre Oui
 Non

Préciser

Médicament d'urgence Oui
 Non

Épipen Oui
 Non

Autre (préciser)

DIABÈTE

Oui Non

Médicament d'urgence Oui
 Non

Lequel ?

Traitement d'urgence, si hypoglycémie, préciser :

AUTRES

L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école ? Oui Non

Si oui, préciser

Recommandation médicale d'urgence : Oui
 Non



Préciser :

AUTORISATION

J'autorise l'infirmière du CLSC à communiquer les informations inscrites ci-dessus, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de l'élève.

School attended: _____

GENERAL ENQUIRIES

LAST NAME OF THE STUDENT		ACADEMIC LEVEL
FIRST NAME OF THE STUDENT		ROOM NUMBER OF HIS CLASS
ADDRESS	POSTAL CODE	HOME LANGUAGE
GENDER <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		DATE OF BIRTH (YYYY-MM-DD)
HEALTH INSURANCE NUMBER 		EXPIRATION DATE (YYYY-MM) 

TO REACH YOU IF NECESSARY OR IN CASE OF EMERGENCY

PARENT A : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE	PARENT B : <input type="checkbox"/> PÈRE <input type="checkbox"/> MÈRE
LAST NAME	LAST NAME
FIRST NAME	FIRST NAME
HOME PHONE	HOME PHONE
WORK PHONE	WORK PHONE
ALTERNATIVE PHONE	ALTERNATIVE PHONE
EMAIL	EMAIL
OTHER	OTHER
LAST NAME	LAST NAME
FIRST NAME	FIRST NAME
HOME PHONE	HOME PHONE
WORK PHONE	WORK PHONE
ALTERNATIVE PHONE	ALTERNATIVE PHONE
EMAIL	EMAIL

IMPORTANT

In order to ensure the student's safety, the school must be informed of health problems that may require emergency intervention at school (severe allergies to certain foods or insect bites, diabetes or other).

Does the student have such a health problem? Yes (complete the next page) No

Please, notify the school of any changes that may occur during the current school year.

N.B. : The information appearing on this form will be transmitted to the CLSC nurse and to the school staff members who could intervene in case of emergency with the student.

_____ SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN OR YOUTH 14 YEARS OLD OR OLDER	_____ DATE (YYYY - MM - DD)
---	--------------------------------

School attended: _____

SUPPORT INFORMATION

(To be completed only if the student has a health problem that may require emergency intervention at school.)

Has the student's health status changed since last year? Yes No

DOES THE STUDENT PRESENT

SEVERE ALLERGY

Food Yes No Insect bites Yes No Other Yes No

Specify _____

Emergency medication Yes No EpiPen Yes No Other (Specify) _____

DIABETES

Yes No

Médicament d'urgence Yes No

Which? _____

Emergency treatment, if hypoglycemia, specify : _____

OTHERS

Does the student have any other health problems that may **require an emergency response at school?** Yes No

If yes, specify _____

Recommandation emergency medical: Yes No Specify : _____

AUTHORIZATION

I authorize the CLSC nurse to communicate the information entered above, if necessary, to members of the school staff who may have to intervene in an emergency situation with the student.

SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN OR YOUTH 14 YEARS OLD OR OLDER

DATE (YYYY - MM - DD)