

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_ Groupe repère: \_\_\_\_\_  
 (élève)  
 Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_ Cellulaire de l'élève : \_\_\_\_\_

POUR VOUS REJOINDRE EN CAS D'URGENCE, S.V.P. NOUS INDIQUER VOS DIFFÉRENTS NUMÉROS DE TÉLÉPHONE:

	MÈRE	PÈRE	TUTEUR
Nom:			
Prénom:			
Rés.:			
Trav.:			
Cell.:			

En cas d'urgence, qui doit-on rejoindre en premier? \_\_\_\_\_

**\*\* En cas d'urgence, et si personne ne peut être rejoint, votre enfant pourrait être dirigé vers un Centre Hospitalier. \*\***

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, l'école doit être informée des problèmes de santé qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence particulière à l'école.** (allergie sévère, diabète, asthme ou autre)

**EST-CE QUE VOTRE ENFANT PRÉSENTE UN TEL PROBLÈME DE SANTÉ?**

• **ALLERGIE SÉVÈRE**

Non  Oui, Laquelle ou lesquelles: \_\_\_\_\_  
 Médicament d'urgence prescrit  Non  Oui, Lequel: \_\_\_\_\_

• **DIABÈTE**

Non  Oui  
 Médicament d'urgence prescrit  Non  Oui, Lequel: \_\_\_\_\_

• **ASTHME**

\*Prendre note que l'infirmière ne vous contactera pas en cas d'asthme léger sauf si votre enfant est à la maternelle. Le personnel scolaire sera toutefois informé de la condition de votre enfant.

- Léger ( à l'effort ou lors de rhume)  Non  Oui
  - Modéré à sévère  Non  Oui
- Médicament d'urgence prescrit  Non  Oui, Lequel: \_\_\_\_\_

• **AUTRES**

Votre enfant présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence particulière à l'école?

Non  Oui, Si oui, précisez: \_\_\_\_\_

N.B. Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière. Après évaluation et si cela s'avère nécessaire, elle transmettra ces informations aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de votre enfant.

\_\_\_\_\_  
 Signature (parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus)

\_\_\_\_\_  
 Date

**S.V.P. AVISER L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT POUVANT SURVENIR AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE**

Réservé à l'infirmière: **PLAN FAIT:**  Non  Oui \_\_\_\_\_  
 Date Initiales