

École St-Marc

FICHE SANTÉ

Cette fiche fournit de l'information de base sur l'état de santé de votre enfant. Ces renseignements nous sont nécessaires afin de favoriser les meilleures conditions possibles d'apprentissage et aussi nous permettre une intervention rapide et adéquate en cas d'urgence.

L'infirmière du CLSC affectée à l'école prendra connaissance de ces données et la formule sera gardée au dossier de l'élève et au service de santé. **CETTE FICHE EST VALABLE POUR UN AN ET SERA DÉTRUITE À LA FIN DE L'ANNÉE SCOLAIRE.**

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX


Nom de l'élève : _____ Prénom : _____


Sexe : M F Date de naissance : _____

No. Ass. Mal. : _____ Expiration : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse de l'élève : _____

Ville : _____ Code Postal : _____  Tél. maison : _____

Garderie fréquentée : _____  Tél. cellulaire : _____


L'élève demeure avec : son père et sa mère sa mère son père autre (préciser) : _____

Nom du responsable de l'enfant si ce n'est pas le parent


Nom : _____ Prénom : _____

Langue(s) parlée(s) à la maison : Français Anglais Autre (préciser) _____

Nom père : _____ Prénom : _____

 Téléphone au travail : (____) _____


Nom de la mère : _____ Prénom : _____

 Téléphone au travail : (____) _____

URGENCE (si les parents ne peuvent être rejoints)

Nom et prénom de la personne en cas d'urgence

Nom : _____ Prénom : _____

Lien avec l'élève : _____  Téléphone d'urgence : _____

INFORMATION SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

Problèmes de santé	Problème		Suivi par MD Ou spécialiste		Médication		Recommandation et/ou informations supplémentaires (nom du médicament, posologie)
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	
Vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Audition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cœur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problème digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Dentition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Handicap physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autre (spécifier)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

INFORMATION SUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

Votre enfant pesait moins de 2500g ou 5lbs et 8oz à sa naissance ? oui non

Votre enfant est né avant la 37^e semaine de grossesse ? oui non

Il y a eu des complications lors de l'accouchement? oui non

Si oui, précisez : _____

Votre enfant a eu un accident ou maladie avec hospitalisation? oui non

Si oui, précisez : _____

Un membre de la famille a eu des difficultés d'apprentissage ? oui non

Si oui, précisez : _____

Pays d'origine de l'enfant : _____

Votre enfant est né au Canada? oui non

Si non, depuis combien de temps habite-t-il au Canada : _____

Allergie à : arachides antibiotique plumes œufs piqûre d'insecte

autre _____

Description de la réaction : _____

EpiPen



oui

non

Si votre enfant souffre d'une allergie qui peut mettre sa vie en danger, s.v.p. informez la direction de l'école et l'infirmière. Pour tout changement sur l'état de santé de votre enfant durant l'année, communiquez avec l'école sans délai.

ÉDUCATION PHYSIQUE

Y a-t-il des contre-indications à ce que votre enfant participe au cours d'éducation physique? OUI NON

Si oui, un certificat médical récent est exigé pour toute exemption d'éducation physique.

AUTORISATION

En cas de situation d'urgence ou de malaise, j'autorise le personnel de l'école à procurer les premiers soins à mon enfant et à s'assurer qu'il reçoive les soins d'urgence requis s'il est impossible de rejoindre les parents. Les frais de transport, en cas d'urgence, seront à la charge des parents.

Signature : _____

Date : _____

