

**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 : \_\_\_\_\_  
 Tél. Téléphone au travail : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Tél. 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 37e 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 : \_\_\_\_\_

