



## FICHE DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE ANNÉE SCOLAIRE 2018-2019

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

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

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
année / mois / jour

# assurance-maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
numéro rue ville code postal

Classe/groupe : \_\_\_\_\_ Frère et sœur à l'école : \_\_\_\_\_

### RÉPONDANT DE L'ÉLÈVE

Répondants :  père et mère  père  mère  garde partagée  tuteur

_____	( )	( )	( )
Nom et prénom du père	Tél. maison	Tél. travail	Cellulaire
_____	( )	( )	( )
Nom et prénom de la mère	Tél. maison	Tél. travail	Cellulaire

Coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence **s'il est impossible** de rejoindre les parents :

_____	_____	( )	( )	( )
Nom de la personne	Lien avec l'enfant	Tél. maison	Tél. travail	Cellulaire

### AUTORISATION

- J'autorise le personnel responsable de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.
- J'autorise le personnel responsable de l'école à administrer à mon enfant les médicaments requis par son problème de santé et qui sont notés au verso.
- J'autorise 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 nous rejoindre.
- Je m'engage à informer l'école s'il survenait des changements concernant la condition de santé de mon enfant en cours d'année scolaire.

Signature du répondant \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

.../verso

**S.V.P. COMPLÉTER LE VERSO ET RETOURNER CETTE FICHE 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 de l'école dès la rentrée scolaire**

ASTHME	ALLERGIES																																													
<p>Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Qu'est-ce qui déclenche l'asthme ? Rhume/grippe oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Allergie oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre(s) _____ Date de la dernière crise _____ A-t-il déjà nécessité des soins d'urgence ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Doit-il garder un ou des médicaments en permanence à l'école ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels ? _____ _____ Nom                    dosage            fréquence            mode d'administration _____ Nom                    dosage            fréquence            mode d'administration</p>	<p>Votre enfant souffre-t-il d'<b>allergies graves</b> pour lesquelles on lui a prescrit de l'adrénaline auto-injectable? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, à quoi est-il allergique ? _____</p> <p>Quelles réactions présente-t-il ?</p> <table style="width: 100%;"><thead><tr><th></th><th style="text-align: center;"><b>oui</b></th><th style="text-align: center;"><b>non</b></th></tr></thead><tbody><tr><td>▪ Difficulté à avaler</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Plaques rouges sur le corps</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Nausées/vomissements</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Urticaire généralisé</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Difficulté à respirer</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Perte de conscience</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p>Autres signes observés : _____ Date de la dernière réaction allergique grave : _____ A-t-il eu besoin de soins d'urgence ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A-t-il eu besoin d'une injection d'adrénaline ou d'un autre médicament ? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, lequel ? _____ Date d'expiration ? _____ Où range-t-il son matériel injectable ? _____ Porte-t-il un bracelet ou chaîne style MédicAlert ? _____</p>		<b>oui</b>	<b>non</b>	▪ Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Plaques rouges sur le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Nausées/vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Urticaire généralisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	<b>oui</b>	<b>non</b>																																												
▪ Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Plaques rouges sur le corps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Nausées/vomissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Urticaire généralisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Difficulté à respirer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ																																														
<table style="width: 100%;"><thead><tr><th></th><th style="text-align: center;"><b>oui</b></th><th style="text-align: center;"><b>non</b></th></tr></thead><tbody><tr><td>▪ Maladie ou trouble cardiaque</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Immunosuppression</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Cancer</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Épilepsie</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Diabète</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Problème visuel</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Problème auditif</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Handicap (si oui, préciser) _____</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>▪ Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Si médication, laquelle ? _____</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Autre problème de santé</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="3">Précisions sur le problème de santé : _____</td></tr><tr><td colspan="3">▪ Votre enfant doit-il prendre un ou des médicament(s) régulièrement à l'école ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td colspan="3">Si oui, le(s)quel(s) : _____</td></tr></tbody></table> <p>_____ Nom                    dosage            fréquence            mode d'administration _____ Nom                    dosage            fréquence            mode d'administration</p>		<b>oui</b>	<b>non</b>	▪ Maladie ou trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Immunosuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Problème visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Problème auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Handicap (si oui, préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▪ Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si médication, laquelle ? _____			Autre problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisions sur le problème de santé : _____			▪ Votre enfant doit-il prendre un ou des médicament(s) régulièrement à l'école ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			Si oui, le(s)quel(s) : _____			
	<b>oui</b>	<b>non</b>																																												
▪ Maladie ou trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Immunosuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Épilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Problème visuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Problème auditif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Handicap (si oui, préciser) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
▪ Déficit d'attention avec ou sans hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Si médication, laquelle ? _____																																														
Autre problème de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Précisions sur le problème de santé : _____																																														
▪ Votre enfant doit-il prendre un ou des médicament(s) régulièrement à l'école ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																														
Si oui, le(s)quel(s) : _____																																														
<p><b>Si votre enfant a besoin de médicaments à l'école, veuillez nous faire parvenir <u>les contenants d'origine (format unidose)</u> et compléter l'autorisation au recto.</b></p> <p><b>Selon le problème de santé de votre enfant, en avez-vous avisé :</b></p> <table style="width: 100%;"><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> L'école</td><td style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Les intervenants</td><td style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Les enseignants</td><td style="text-align: right;">oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p><b>Veuillez svp vous assurer qu'un suivi soit effectué.</b></p>	<input type="checkbox"/> L'école	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Les intervenants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Les enseignants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<p style="background-color: #cccccc; padding: 5px;"><b>MÉDICATION D'URGENCE À L'ÉCOLE</b></p> <p><b>A-t-il besoin d'un médicament d'urgence en permanence à l'école?</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <b>Si oui, lequel ?</b> Nom _____ Dosage _____</p> <p><b>J'autorise les personnes ayant reçu une formation à administrer à mon enfant:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> l'<b>adrénaline (<i>EpiPen</i> ou <i>Twinject</i>)</b> lors d'une réaction allergique grave;</li><li><input type="checkbox"/> le <b>glucagon</b> lors d'une réaction hypoglycémique grave, selon la prescription médicale;</li><li><input type="checkbox"/> toute autre médication d'urgence, selon la prescription médicale.</li></ul> <p><b>Veuillez faire parvenir à l'infirmière de l'école une (1) photo récente de votre enfant s'il a un diagnostic d'allergie grave, de diabète ou d'épilepsie, de compléter la fiche du plan d'urgence pour l'anaphylaxie, ou pour les maladies nécessitant une attention particulière.</b></p> <p>Signature du répondant : _____ Date : _____</p>																																							
<input type="checkbox"/> L'école	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/> Les intervenants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																													
<input type="checkbox"/> Les enseignants	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>																																													