



FICHE DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE ANNÉE SCOLAIRE 2020-2021

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'urgences **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.
- J'm'engage à informer l'école s'il survient des changements concernant la condition de santé de mon enfant en cours d'années scolaires.

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

A S T H M E	A L L E R G I E S																																											
<p>Votre enfant souffre-t-il d'asthme? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>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) _____</p> <p>Datede la dernière crise _____</p> <p>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"/></p> <p>Si oui, lesquels? _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nom</td> <td style="width: 25%;">dosage</td> <td style="width: 25%;">fréquence</td> <td style="width: 25%;">mode d'administration</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nom</td> <td>dosage</td> <td>fréquence</td> <td>mode d'administration</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Nom	dosage	fréquence	mode d'administration	_____	_____	_____	_____	Nom	dosage	fréquence	mode d'administration	_____	_____	_____	_____	<p>Votre enfant souffre-t-il d'allergies graves pour lesquelles on lui a prescrit de l'adrénaline auto-injectable? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quoi est-il allergique? _____</p> <p>Quelles réactions présente-t-il? oui non</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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, del'intérieur de la bouche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ▪ Perte de conscience <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Autres signes observés: _____</p> <p>Datede la dernière réaction allergique grave: _____</p> <p>A-t-il eu besoin de soins d'urgence? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>A-t-il eu besoin d'une injection d'adrénaline ou d'un autre médicament? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lequel? _____ Dated'expiration? _____</p> <p>Où range-t-il son matériel injectable? _____</p> <p>Porte-t-il un bracelet ou chaîne style MédicAlert? _____</p>																											
Nom	dosage	fréquence	mode d'administration																																									
_____	_____	_____	_____																																									
Nom	dosage	fréquence	mode d'administration																																									
_____	_____	_____	_____																																									
A U T R E S P R O B L È M E S D E S A N T É																																												
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">non</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> </tbody> </table> <p>_____ Au</p> <p>tre problème de santé <input type="checkbox"/> Précision sur le problème de santé: _____</p> <p>▪ Votre enfant doit-il prendre un ou des médicament(s) régulièrement à l'école? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, le(s) quel(s) : _____</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Nom</td> <td style="width: 25%;">dosage</td> <td style="width: 25%;">fréquence</td> <td style="width: 25%;">mode d'administration</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nom</td> <td>dosage</td> <td>fréquence</td> <td>mode d'administration</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		oui	non	▪ 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"/>	Nom	dosage	fréquence	mode d'administration	_____	_____	_____	_____	Nom	dosage	fréquence	mode d'administration	_____	_____	_____	_____	<div style="background-color: black; color: white; text-align: center; padding: 2px;">MÉDICATION D'URGENCE À L'ÉCOLE</div> <p>A-t-il besoin d'un médicament d'urgence en permanence à l'école? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, lequel? _____</p> <p>Nom _____ Dosage _____</p> <p>J'autorise les personnes ayant reçu une formation à administrer à mon enfant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'adrénaline (<i>EpiPen</i> ou <i>Twinject</i>) lors d'une réaction allergique grave; <input type="checkbox"/> le <i>glucagon</i> lors d'une réaction hypoglycémique grave, selon la prescription médicale; <input type="checkbox"/> toute autre médication d'urgence, selon la prescription médicale. <p>Veuillez faire parvenir à l'infirmière del'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.</p> <p>Signature du répondant : _____</p> <p>Date: _____</p>
	oui	non																																										
▪ 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"/>																																										
Nom	dosage	fréquence	mode d'administration																																									
_____	_____	_____	_____																																									
Nom	dosage	fréquence	mode d'administration																																									
_____	_____	_____	_____																																									
<p>Si votre enfant a besoin de médicaments à l'école, veuillez nous faire parvenir les <u>contenants d'origine (format unit dose)</u> et compléter l'autorisation au recto.</p> <p>Selon le problème de santé de votre enfant, en avez-vous avisé:</p> <ul style="list-style-type: none"> <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>Veuillez svp vous assurer qu'un suivi soit effectué.</p>																																												