

Fiche santé de l'élève

École du Petit-Chapiteau

1. Renseignements généraux

Enfant	Nom :		Prénom :	
	Classe :			
	Adresse :		Téléphone :	
	Date de naissance :		Sexe :	
	Numéro d'assurance-maladie:			

Urgence:	Nom :		Prénom :	
	Téléphone maison:		Téléphone travail :	
	Lien avec l'enfant :			

2. Informations sur la santé de l'élève

Votre enfant a-t-il un problème de santé important ?

(Ex. : diabète, épilepsie, asthme, problème cardiaque, etc.)

Oui Non

Lesquels ?

Votre enfant souffre-t-il d'un déficit d'attention

Oui Non

Lesquels ?

Quel est le nom du médecin traitant ?

Est-ce que l'enfant prend des médicaments ? (Ex.: Ventolin, Ritalin, Insuline, Concerta, etc.)

Oui Non

Lesquels ?

Quand?

L'enfant a-t-il des restrictions d'activités? Si oui, veuillez fournir le certificat médical

Oui Non

Lesquelles ?

L'enfant est-il suivi par un professionnel ? (ex. : orthophoniste, optométriste, etc.)

Oui Non

Lesquels ?

3. Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies sévères?

Oui Non

Lesquelles? Arachides
Noix
Fruits de mer
Piqûres d'insecte
Autre

Quelles sont les réactions allergiques de votre enfant ?

L'enfant doit-il prendre l'auto injection Epipen ?

Oui

Non

Si oui, veuillez fournir un épipen à l'école

Date d'expiration :

4. 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. (Le formulaire d'assurance-accident, remis au début septembre, couvre ces frais).

Signature d'un parent ou tuteur

Date

5. Espace réservé à l'école