


École St-Viateur-Clotilde-Raymond / 2026-2027

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE		Groupe :	
Nom :	Prénom :	Sexe : Fille Garçon	
Adresse :		Date de naissance :	

NUMÉROS POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE (ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES)

PARENT 1 :	PARENT 2 :	AUTRE PERSONNE :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
Tél. domicile :	Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. cellulaire :	Tél. cellulaire :	Tél. cellulaire :
		Poste :
Tél. autre :	Tél. autre :	Tél. autre :
Courriel :	Courriel :	Courriel :

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, l'école doit être informée des problèmes de santé qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école** (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).

<p>Est-ce que votre enfant présente un tel problème de santé?</p> <p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p style="text-align: center;">Si oui, veuillez compléter le verso </p>
--

S.V.P. **Aviser l'école de tout changement** pouvant survenir au cours de la présente année scolaire.

Si votre enfant doit prendre une médication sur une base régulière, veuillez annexer à cette fiche la liste des médicaments, advenant un appel aux services ambulanciers.

J'autorise l'infirmier(ère) et le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche, ainsi qu'à faire évaluer par l'infirmière l'état de santé de mon jeune de moins de 14 ans, si l'école en fait la demande. (Ex. : pédiculose, malaises ou signes d'infections)

Signature du parent, tuteur ou élève de 14 ans et plus.

Date : Année Mois Jour

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE : _____

VOTRE ENFANT POURRAIT-IL ÊTRE À RISQUE DE NÉCESSITER DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE TEL QUE :

Allergie sévère nécessitant une injection d'adrénaline :

Alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :
Piqûre d'insecte	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :
Autre	<input type="checkbox"/> Oui	Précisez :

Médicament à l'école : AUTO-INJECTEUR :	<input type="checkbox"/> Oui Lequel :	Date d'expiration :
	<input type="checkbox"/> Non	
	Autre :	

Diabète : <input type="checkbox"/> Oui	L'administration est requise à l'école : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Stylo <input type="checkbox"/> Pompe précisez :

Autres Médicament à l'école :	<input type="checkbox"/> Oui Lequel :
	<input type="checkbox"/> Non

➔ **SVP transmettre le plan d'intervention de l'hôpital à l'infirmière.**

Épilepsie : <input type="checkbox"/> Oui	Médication à l'école : <input type="checkbox"/> précisez lequel :
---	---

IL EST RECOMMANDÉ QUE TOUTE PERSONNE AYANT UNE CONDITION DE SANTÉ PARTICULIÈRE ET NÉCESSITANT DES SOINS D'URGENCE PORTE UN BRACELET DE TYPE MÉDIC-ALERT.

L'ÉVALUATION INITIALE FAITE PAR L'INFIRMIÈRE EST VALIDE POUR UNE DURÉE DE DEUX ANS.

S.V.P, VEUILLEZ AVISER L'ÉCOLE ET L'INFIRMIÈRE DE TOUT CHANGEMENT.

Réservé à l'infirmière

Si un transport ambulancier s'avérait nécessaire, le coût de ce transport sera assumé par les parents ou les élèves majeurs.