

Fiche abrégée - Urgence-Santé

À compléter lors de l'inscription - 2024-2025

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____
(AAAA-MM-JJ)

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

Allergie sévère nécessitant une injection d'adrénaline (EPIPEN, ALLERJECT, EMERADE) :

Oui Non

Précisez les allergènes (alimentaires, piqûres d'insectes, médicaments, etc.) :

Diabète : Oui Non

Épilepsie : Oui Non

Asthme : Oui Non

* Veuillez choisir l'énoncé qui décrit le mieux le niveau d'asthme de votre enfant :

Sévère Lors d'un effort physique Lors d'un rhume Bien contrôlé

Problème cardiaque : Oui Non

Si oui, précisez : _____

Immunodéficience : Oui Non

Si oui, précisez le problème et la médication : _____

Autres problèmes de santé

L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école?

Si oui, précisez : _____

J'autorise l'infirmière scolaire du CISSMO à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche, à recevoir, transmettre ou échanger toute information pertinente concernant la condition médicale de l'élève avec le personnel de l'école impliqué au dossier. _____ (initiales).

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

Date (AAAA-MM-JJ)

*Une version plus complète de cette fiche vous sera demandée à la rentrée scolaire.