

# Fiche urgence-santé 2025-2026

École : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sexe : ☐ F ☐ M ☐ Non-binaire

Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Année - Mois - Jour

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

PARENT 1	PARENT 2	AUTRE CONTACT D'URGENCE
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien de parenté :	Lien de parenté :	Lien de parenté :
① Tél :	① Tél :	① Tél :
② Tél :	② Tél :	② Tél :
③ Tél :	③ Tél :	③ Tél :
Courriel :	Courriel :	Courriel :

Afin d'assurer la sécurité de l'élève ci haut mentionné, 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, épilepsie ou autre).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez compléter le verso 

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

Si l'élève doit prendre une **médication sur une base régulière**, Il vous est recommandé d'annexer à cette fiche la liste des médicaments, afin de nous permettre de transmettre l'information la plus complète possible advenant un appel aux services ambulanciers. Merci de nous en acheminer une nouvelle version aussitôt qu'il y a un changement à la situation de l'élève!

☐ 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 : Année Mois Jour

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE : \_\_\_\_\_

**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.) :**

---

---

---

**Auto-injecteur/Médicament à l'école :** ☐ Oui ☐ Non

Précisez : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

**Diabète :** ☐ Oui ☐ Non

**Épilepsie :** ☐ Oui ☐ Non

**Asthme :** ☐ Oui ☐ Non

Veuillez choisir l'énoncé qui décrit le mieux le niveau d'asthme de l'élève :

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

**Problème cardiaque :** ☐ Oui ☐ Non

Précisez : \_\_\_\_\_

**Immunodéficiences :** ☐ Oui ☐ Non

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?**

☐ Oui ☐ Non

Précisez : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il doit prendre un **médicament durant les heures de cours** (si oui, vous devrez compléter un formulaire de consentement disponible au secrétariat de l'école)?

☐ Oui ☐ Non

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