

Fiche urgence-santé 2024-2025

ÉCOLE : _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Groupe : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : Fille Garçon

Adresse : _____ Date de naissance : _____
AA/MM/JJ

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. :	Tél. :	Tél. :
Tél. :	Tél. :	Tél. :
Tél. :	Tél. :	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, advenant un appel aux services ambulanciers. (N.B. Le pharmacien pourra vous remettre une liste à jour, veuillez noter de la remplacer si changement).

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 l'élève avec le personnel de l'école impliqué au dossier. _____ (initiales)

J'autorise l'infirmière scolaire du CISSMO à évaluer l'état de santé de l'élève si l'école en fait la demande (ex. : malaises, signes d'infection, etc.). _____ (initiales)

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

Date : AA/MM/JJ

NOM ET PRÉNOM DE L'ÉLÈVE : _____

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

Allergie sévère nécessitant une injection d'adrénaline :

Alimentaire Oui Précisez : _____

Piqûre d'insecte Oui Précisez : _____

Autre Oui Précisez : _____

Médicament à l'école : AUTO-INJECTEUR : Oui Lequel : _____ Date d'exp. : _____

Non

Autre : _____

Diabète Oui L'administration d'insuline est requise à l'école : Oui Non

Stylo Pompe Précisez : _____

Autres médicaments à l'école : Oui Lequel : _____

Non

Épilepsie : Oui Médication à l'école - Précisez : _____

Autres (ex. Asthme)

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

Oui Précisez : _____

Non

Est-ce qu'il doit prendre un médicament durant les heures de cours?

Oui Lequel : _____

Non

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
