

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 CISSSMO 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 : _____

Immunodéficience : 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 Précisez : _____
 Non

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