** FICHE SANTÉ DE L’ÉLÈVE 2025-2026**

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DE FAMILLE et PRÉNOM de l’élève**  *«Nom», «Prénom»* | | | **groupe**  *«Groupe»* | | **fiche**  *«fiche»* | |
| **sexe**  *«Sexe»* | **NUMÉRO D’ASSURANCE MALADIE**  *«Ass\_mal»* | **DATE DE NAISSANCE**  *«ddn»* | | **TÉLÉPHONE À la maison**  *«Téléphone\_parents»* | |
| **adresse des parents (habitant ensemble)**  *«Adresse\_Parents»* | | | | | | |
| **Changement d’adresse des parents (habitant ensemble) téléphone à la maison** | | | | | | |

**POUR VOUS REJOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D’URGENCE**

**pÈRE Changements à apporter**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM de famille**  *«Nom\_père»* |  | **NOM DE FAMILLE** | | |
| **Prénom**  *«prénom\_père»* |  | **PRÉNOM** | | |
| **adresse (père habitant seul)** |  | **Adresse (père habitant seul)** | | |
| **TÉLÉPHONE à la maison cellulaire**  *«Cellulaire\_Pè»* |  | **TÉLÉPHONE à la maison** | **cellulaire** | |
| **COURRIEL pÈRE**  *«Courriel\_père»* |  | **COURRIEL pÈRE** | | |
| **mère** |  |  | | |
| **NOM**  *«Nom\_mère»* |  | **NOM DE FAMILLE** | | |
| **Prénom**  *«prénom\_mère\_»* |  | **PRÉNOM** | | |
| **Adresse (mère habitant seule)** |  | **Adresse (mère habitant seule)** | | |
| **TÉLÉPHONE à la maison cellulaire**  *«Cellulaire\_mèr»* |  | **TÉLÉPHONE à la maison** | | **cellulaire** |
| **cOURRIEL mÈRE**  *«Courrel\_mère»* |  | **COURRIEL mÈRE** | | |
|  |  |
| **Personne à contacter en cas d’urgence : (autre que les parents)** | | | | |
| **NOM**  *«Nom\_urgence»* |  | *nom* | | |
| **TÉLÉPHONE à la maison cellulaire**  *«Maison\_urgence» «Cell\_urgence»* |  | **TÉLÉPHONE à la maison** | | **cellulaire** |
| **lIEN AVEC L’ÉLÈVE**  *«Lien\_avec\_lélève»* |  | **lIEN AVEC L’ÉLÈVE** | | |

Afin d’assurer la sécurité de l’élève, les intervenants doivent être informés 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).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Est-ce que l’élève présente un tel problème de santé? | Oui | Non |

***«Nom», «Prénom»***

**RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

***Cocher et préciser s’il y a lieu***

L’état de santé de l’élève a-t-il changé depuis l’an passé? Oui Non

**L’élève présente-t-il?**

Oui Non

**Allergies sévères**

Alimentaire :

Médicament :

Piqûres d’insectes (préciser) :

Autres (préciser) :

Médicament d’urgence : (lequel?)

**Diabète**

Médicament d’urgence :

Traitement d’urgence, si hypoglycémie, préciser :

**Asthme**

Médicament :

**Anémie**

Médicament :

**Autre**

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

Si oui, préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**RECOMMANDATION MÉDICALE D’URGENCE**

**AUTORISATION**

Oui Non

J’autorise mon enfant à retourner seul à la maison, advenant la fermeture d’urgence de l’école.

J’autorise le personnel de l’école à prodiguer à mon enfant tous les premiers soins nécessaires

en cas d’urgence.

J’autorise son transport par ambulance, ***à mes frais***, vers un centre hospitalier si son état le

nécessitait.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L’AUTORITÉ PARENTALE OU JEUNE DE 14 ANS OU PLUS DATE (AN/MOIS/JOUR)

PÈRE  MÈRE  TUTEUR

SERVICE DES COMMUNICATIONS

**AUTORISATION DE FILMER OU PHOTOGRAPHIER**

**AUTORISATION DES PARENTS**

|  |  |
| --- | --- |
| *«Nom», «Prénom»* | |
| **NOM ET PRÉNOM DE L’ENFANT** |  |

|  |
| --- |
| Je refuse que mon enfant ci-haut mentionné soit photographié, filmé, etc. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  SIGNATURE DE L’AUTORITÉ PARENTALE  Père  Mère  Tuteur |

**À retourner seulement dans le cas d’un refus.**