** 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.**