

## FICHE SANTÉ DE L'ÉLÈVE

2025-2026

ANTOINE-DE-ST-EXUPÉRY

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, le personnel de l'école doit être informé des problèmes de santé qui pourraient nécessiter une intervention (ex. médicaments, allergies, traitement, etc.).

Est-ce que votre enfant présente un tel problème de santé ? **OUI** **NON**

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom de famille :			Prénom :			
No de fiche :	Classe	Groupe-Repère	# autobus	Langue parlée à la maison :		
Date de naissance:		Sexe :		Masculin	Féminin	Autre
Frères ou soeurs à l'école :						

## ADRESSE PRINCIPALE

no. civique	genre (rue, boul., ave...)	rue	appartement	ville / arrondissement	code postal
Téléphone à la maison :			autre(s) numéro(s) de téléphone		
L'enfant demeure : <input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> Un des parents : _____ <input type="checkbox"/> Tuteur : _____					

Nom du parent : _____ Prénom du parent : _____ Téléphone à la maison : _____ Téléphone répondant 1: _____ Téléphone cellulaire : _____ Courriel : _____		Nom du parent : _____ Prénom du parent : _____ Téléphone à la maison : _____ Téléphone répondant 2: _____ Téléphone cellulaire : _____ Courriel : _____	
Nom du tuteur : _____ Prénom du tuteur : _____ Téléphone à la maison : _____ Téléphone au travail : _____ Téléphone cellulaire : _____ Courriel : _____		Nom contact d'urgence : _____ Prénom contact d'urgence : _____ Téléphone à la maison : _____ Téléphone au travail : _____ Téléphone cellulaire : _____ Courriel : _____	

**Les parents doivent prévenir ces personnes que l'école les contactera en cas d'urgence.**

**SVP, remplir et signer le verso**



## RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

### L'ÉLÈVE PRÉSENTE-T-IL UNE ALLERGIE SÉVÈRE ?

Alimentaire	Oui      Non	Préciser :
Piqûre guêpe/abeille	Oui      Non	Préciser :
Autre(s) allergie(s)		Préciser :
Auto-injecteur épinéphrine (Épipen)	Oui      Non	Si oui, préciser : <span style="float: right;">Date d'expiration :</span>
Autre :		Préciser :

### L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE ?

Asthme	Oui      Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école Oui      Non
Diabète	Oui      Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) : Insulinodépendant :                      Oui                      Non	Prise à l'école Oui      Non
Épilepsie	Oui      Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école Oui      Non
Anémie falciforme	Oui      Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école Oui      Non
Problèmes cardiaques	Oui      Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école Oui      Non
Autre	Oui      Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école Oui      Non
Autre	Oui      Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école Oui      Non

\*Veuillez noter que la médication à l'école est une mesure exceptionnelle. Vous devrez autoriser toute médication administrée à l'école et fournir la prescription et la médication dans son contenant d'origine. Pour tout changement concernant les besoins spécifiques de votre enfant, veuillez communiquer avec le personnel du secrétariat de l'école.

### AUTORISATION

Je donne la permission d'afficher le nom et la photo de mon enfant afin d'intervenir rapidement sur les problèmes de santé suivants : asthme, diabète, épilepsie, anémie falciforme, problèmes cardiaques, allergies, autres :	Oui      Non
J'autorise l'infirmière à dépister la présence de signes et symptômes de maladies contagieuses et parasitaires (ex.: rougeole, varicelle, teigne, gale, etc.) dans le but d'effectuer une référence médicale et d'assurer un suivi :	Oui      Non
<b>Autre(s) allergie(s)</b>	
Si un transport par ambulance doit être effectué, les frais seront entièrement à la charge des parents ou tuteur.	

### SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DU JEUNE DE 14 ANS ET PLUS

signature	Date :
-----------	--------