



Fiche de renseignements de l'élève

Fiche urgence santé

École St-André-Apôtre

Nom	
Prénom	
Sexe	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
Niveau scolaire et classe	Préscolaire <input type="checkbox"/> ou <input type="checkbox"/> ^e année + classe : <input type="checkbox"/>
Date de naissance	
L'enfant habite avec	<input type="checkbox"/> Père seulement <input type="checkbox"/> Mère seulement <input type="checkbox"/> Père et Mère <input type="checkbox"/> Garde partagée (veuillez indiquer les deux adresses)
Adresse complète avec code postal	code postal : ___-___
Téléphone à la maison	
Adresse courriel mère	
Adresse courriel père	
2^e adresse (garde partagée) <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère	Téléphone : _____ code postal : ___-___
Langue parlée à la maison	
Langue maternelle	
Assurance maladie	_____ (4 lettres + 8 chiffres) expiration ___/___
Nom du père	
Téléphone travail du père	() poste/extension :
Nom de la mère	
Téléphone travail de la mère	() poste/extension :
Téléphone cellulaire (important en cas d'urgence)	Père : _____ Mère: _____
Avez-vous d'autres enfants à notre école (nom et classe)	1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____

Si vous ne pouvez pas être rejoints aux numéros ci-haut mentionnés veuillez indiquer le nom de la personne qui pourrait accueillir votre enfant en cas d'urgence (maladie, fermeture imprévue de l'école, etc.)

Nom : _____ Téléphone : _____ Lien de parenté : _____
(famille, ami, voisin , etc...)

Fiche urgence santé

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention à l'école (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre)

INFORMATIONS				
Problème de santé	✓	Suivi par un médecin ou spécialiste	Problème(s) corrigé(s) précisez	Médication, si oui précisez : nom du médicament
Vision				
Audition				
Langage				
Asthme				
Diabète				
Épilepsie				
Cardiaque				
Autre(s)				

ALLERGIE(S)

Alimentaire : Oui
 Non

Piqûre d'insecte : Oui
 Non

Antibiotique : Oui
 Non

Précisez : _____

Autre(s) : Précisez : _____

Type de réaction : Précisez : _____

Médicament d'urgence : Oui
 Non

EpiPen :
Twinject :
Bénadryl :

AUTORISATION

J'autorise l'infirmière et tout personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche

► Signature des parents ou tuteurs : _____ Date : _____