



OBLIGATION DE COMPLÉTER

FICHE SANTÉ SCOLAIRE

Année scolaire : 2023-2024

Renseignements personnels

École : _____ Niveau : _____ # d'assurance-maladie : _____
 Nom: _____ Prénom : _____ Date de naissance : (an)_____/ (mois) ____/ (jour) ____
 Téléphone (maison) : _____ / _____ / _____ Autres (cell./travail) : _____ / _____ / _____

Présente-t-il de l'asthme : Oui **Si oui, précisez :** À l'effort Lors de rhume et grippe Non
 Doit-il prendre des inhalateurs (pompes) à l'école : Oui **Si oui, lesquels :** _____ Non
 Les prend-t-il (pompes) Seul Sous supervision À quel moment? _____
 Où se trouve la médication à l'école? _____
 Des mesures particulières doivent-elles être mises en place, spécifiez _____

Présente-t-il du diabète : Oui Non
 Si oui, l'infirmière vous contactera afin de planifier une rencontre pour compléter un protocole d'intervention avant l'entrée scolaire.

Présente-t-il des allergies : Oui **Si oui, lesquelles? :** _____ Non
 Doit-il prendre des médicaments à l'école : Oui **Si oui, lesquels? :** _____ Non

Pour les jeunes qui ont de l'adrénaline injectable à l'école (ÉpiPen), il est fortement suggéré que le jeune transporte toujours avec lui son auto-injecteur afin de pouvoir agir le plus rapidement possible.

Présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention particulière à l'école?
 (Épilepsie, trouble cardiaque, handicap, TDAH, problème de saignement) Oui Non

Si oui, précisez : _____
 Doit-il prendre des médicaments à l'école : Oui **Si oui, lesquels? :** _____ Non
 Les prend-t-il (médicaments) Seul Sous supervision À quel moment? _____
 Où se trouve la médication à l'école? _____
 L'enfant a-t-il eu des traitements dentaires sous anesthésie générale dans la dernière année : Oui Non

Autorisation

Si un changement survenait dans l'état de santé de votre enfant, s'il vous plaît, en informer le service de santé de l'école.
 Par la présente, j'autorise l'infirmière, l'hygiéniste dentaire et tout autre personnel autorisé de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.

Signature : _____ Date : _____

OBLIGATION DE COMPLÉTER

Suite :

FICHE SANTÉ SCOLAIRE

Veillez inscrire 3 contacts en cas d'urgence par ordre de priorité :

1- Nom _____ . Lien _____ No tél. : _____

2 - Nom _____ . Lien _____ No tél. : _____

3 - Nom _____ . Lien _____ No tél. : _____