



INNU TAKUAIKAN UASHAT MAK MANI-UTENAM

SANTÉ & SERVICES SOCIAUX UAUITSHITUN



OBLIGATION DE COMPLÉTER

FICHE SANTÉ SCOLAIRE

Année scolaire : 2024-2025

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. : _____