

SERVICES ÉDUCATIFS
BUREAU DES SERVICES ÉDUCATIFS COMPLÉMENTAIRES

IMPORTANT : Veuillez enregistrer le formulaire sur votre ordinateur avant de le remplir avec Adobe Reader ou à la main.
La version « papier » doit être remplie en caractères d'imprimerie. SVP remplir les deux pages.

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

Est-ce que votre enfant présente une telle condition de santé ? OUI NON

École fréquentée : _____

Année scolaire : _____

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE				
Nom de famille :			Prénom :	
N° de fiche :	Classe :	Groupe-repère :	# autobus :	Langue parlée à la maison :
Date de naissance (aaaa/mm/jj)			Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	
Frère ou sœurs à l'école :				

ADRESSE PRINCIPALE			
N° civique	Genre (rue, boul., ave...)	Rue :	Appartement :
Ville / arrondissement			Code postal :
Téléphone à la maison :		Autre(s) numéro(s) de téléphone :	
L'enfant demeure avec <input type="checkbox"/> Les deux parents <input type="checkbox"/> Un des parents : <input type="checkbox"/> Tuteur:			

POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE			
Nom du parent (répondant)		Nom du parent (répondant)	
Téléphone à la maison		Téléphone à la maison	
Téléphone au travail		Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire		Téléphone cellulaire	
Courriel		Courriel	

Nom du tuteur (répondant)		Contact d'urgence	
Téléphone à la maison		Téléphone cellulaire	
Téléphone au travail		Téléphone au travail	
Téléphone cellulaire		Téléphone à la maison	
Courriel		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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	
Piqûre guêpe/abeille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	
Autre(s) allergie(s)		Préciser :	
Auto-injecteur épinéphrine (ex. : EpiPen ^{MD})	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, précisez :	Date d'expiration :
Autre		Préciser :	

L'ÉLÈVE SOUFFRE-T-IL D'UNE MALADIE ?

Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			Insulinodépendant: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Épilepsie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anémie falciforme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Préciser :	Médication *(nom et posologie du médicament) :	Prise à l'école <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Veuillez noter que la médication à l'école est une mesure exceptionnelle. Vous devrez autoriser toute médication administrée ou distribuée par l'école et fournir la prescription ainsi que 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.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'autorise le CSSDM à transmettre mon nom et mes coordonnées au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) responsable de la gestion du Programme de vaccination en milieu scolaire afin de pouvoir recevoir les avis relatifs aux divers vaccins offerts à l'école.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Transport ambulancier Si un transport par ambulance doit être effectué, les frais seront entièrement à la charge des parents ou tuteur.	

SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, DU TUTEUR OU DE L'ÉLÈVE DE 14 ANS ET PLUS

Signature	Date (aaaa/mm/jj)
-----------	-------------------