

# FICHE DE SANTÉ ET D'URGENCE 2024-2025

Nom de l'élève \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Groupe repère \_\_\_\_\_

## INFORMATIONS GÉNÉRALES

Sexe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_

L'enfant demeure avec : \_\_\_\_\_

Adresse 1 (cocher la case correspondante et inscrire l'adresse)		
Père et mère	<input type="checkbox"/>	_____
Mère	<input type="checkbox"/>	_____
Père	<input type="checkbox"/>	_____
Tuteur	<input type="checkbox"/>	_____

Adresse 2 (s'il y a lieu, cocher la case correspondante et inscrire l'adresse)		
Père et mère	<input type="checkbox"/>	_____
Mère	<input type="checkbox"/>	_____
Père	<input type="checkbox"/>	_____
Tuteur	<input type="checkbox"/>	_____

## NUMÉRO DE TÉLÉPHONE EN CAS D'URGENCE

### Parent

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

### Parent

Nom, prénom : \_\_\_\_\_

Domicile : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Travail : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

## AUTRE PERSONNE SUSCEPTIBLE DE VOUS PRÉVENIR RAPIDEMENT

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_

Travail \_\_\_\_\_

À appeler en cas d'urgence

Autorisé à prendre l'enfant

# SANTÉ

Nom de l'élève \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Élève de 14 ans et plus, numéro de cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Maladie(s) connue(s) :

Diabète  Fibrose kystique  Troubles cardiaques

Asthme  Troubles de la vision  Troubles de langage

TDA/H  Troubles de l'audition  Épilepsie

Troubles de saignement

(Hémophilie, saignement prolongé)

Autres maladies précisez : \_\_\_\_\_

Intolérances : \_\_\_\_\_

Allergies(s) : \_\_\_\_\_

Si allergie(s) sévère(s) ou avec ÉpiPen, à quoi ? \_\_\_\_\_

Médicaments d'urgence : \_\_\_\_\_

Recommandation médicale d'urgence : \_\_\_\_\_

Suivi médical : Oui  Non  Si oui, par qui : \_\_\_\_\_

Pour quel (s) problème (s) : \_\_\_\_\_

Médicaments prescrits par  
le médecin : \_\_\_\_\_

J'AUTORISE LES INFIRMIÈRES À TRANSMETTRE CES INFORMATIONS AU PERSONNEL  
CONCERNÉ DE L'ÉCOLE, À TITRE PRÉVENTIF.

SIGNATURE D'UN PARENT OU TITULAIRE  
DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Date : \_\_\_\_\_

SIGNATURE DE L'ENFANT (14 ANS ET PLUS)

Date : \_\_\_\_\_

S.V.P. **COMPLÉTEZ ET SIGNEZ** CETTE FEUILLE AUJOURD'HUI

Relevé de santé