

S.v.p. **aviser l'école de tout changement** pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.

N.B. : Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière du CLSC et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de l'élève.

Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus

Date : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour



Fiche urgence-santé

Renseignements complémentaires

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

L'état de santé de l'élève a-t-il changé depuis l'an passé : Oui Non

ALLERGIE SÉVÈRE :

- Alimentaire : Oui Non
- Piqûres d'insectes : Oui Non
- Autre Oui Non

Si autre, précisez : _____

Médicament d'urgence : Oui Non EpiPen: Oui Non Autre : _____

DIABÈTE : Oui Non

Médicament d'urgence : Oui Non Lequel ? : _____

Traitement d'urgence, si hypoglycémie, précisez : _____

AUTRES : L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant Oui Non
nécessiter une intervention d'urgence à l'école ?

Si oui, précisez : _____

Recommandation médicale d'urgence : Oui Non

Précisez : _____

J'accepte que les informations inscrites ci-dessus soient conservées de façon confidentielle par le CSSS et j'autorise l'infirmière à les communiquer, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence.

Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus

Date : ____ / ____ / ____
Année Mois Jour

Changements/évolution dans la condition de santé :

