

N.B. : Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière 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

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

L'élève présente-t-il :

ALLERGIE SÉVÈRE :	➤ Alimentaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	➤ Piqûres d'insectes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	➤ Autre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____ _____			
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	EpiPen ou Twinject :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Autre :	_____

DIABÈTE :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Lequel? : _____
	Non <input type="checkbox"/>	
Traitement d'urgence, si hypoglycémie, précisez : _____ _____		

AUTRES : L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école?	Oui <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____ _____	
Recommandation médicale d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Précisez : _____	

J'autorise l'infirmière à communiquer les informations inscrites ci-dessus, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de l'élève.	
_____	Date : ____ / ____ / ____
Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus	Année Mois Jour