



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_  
No d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Classe actuelle : \_\_\_\_\_

## ÉTAT DE SANTÉ

Pour une intervention rapide et efficace auprès de votre enfant, nous vous demandons de nous signaler tout problème majeur de santé ou toute situation nécessitant des soins de santé particuliers.  
**Si des changements survenaient en cours d'année dans l'état de santé de votre enfant, veuillez communiquer avec l'infirmier.**

1- Mon enfant n'a AUCUN problème de santé  (cochez ici, s'il y a lieu)

2- Mon enfant présente un problème de santé (FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL)

### ALLERGIES

Alimentaire	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Précisez : _____	Médicament d'urgence	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Piqûre d'insectes	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Précisez : _____	Précisez : _____		
Médicamenteuse	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Précisez : _____	EIPEN	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>
Autre : _____	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Précisez : _____	Autre : _____		

### PROBLÈMES DE SANTÉ

Anxiété/Dépression	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____	Troubles alimentaires	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____
Asthme	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____	Troubles auditifs	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____
Diabète type :	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____	Troubles cardiaques	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____
Déficit de l'attention	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____	Troubles visuels	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____
Épilepsie	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____	Autre _____	non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/>	Médication : _____

## SITUATION D'URGENCE

En cas d'urgence et en l'absence des parents, quelle personne devons-nous appeler ? (SVP en aviser cette personne)

\_\_\_\_\_ NOM DU CONTACT D'URGENCE

\_\_\_\_\_ LIEN AVEC L'ÉLÈVE

\_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE

Si vous avez d'autres enfants qui fréquentent l'école, indiquez les informations les concernant :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_ Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

## PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS SPORTIVES

Un médecin ou un spécialiste a-t-il émis des restrictions relatives à la participation de votre enfant à certaines activités sportives ?

NON  OUI, veuillez préciser et FOURNIR UN CERTIFICAT MÉDICAL RÉCENT : \_\_\_\_\_

## AUTORISATION DES PARENTS

J'autorise les autorités du Collège à diffuser, pour des raisons de sécurité, à tous les intervenants du milieu scolaire (direction, enseignant(es), personnel non enseignant, personnel du service de garde), les informations que comprend la présente fiche. En cas d'urgence (accident ou maladie subite), j'autorise ces personnels à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire.

\_\_\_\_\_ Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_ Date

Sur référence des intervenants du milieu scolaire ou à la demande de mon enfant, j'autorise l'infirmière/le technicien en santé chargé des premiers soins/le ou la préposé(e) à l'infirmier, à effectuer les interventions de santé jugées pertinentes.

\_\_\_\_\_ Signature de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_ Date

Joindre à cette fiche la photocopie de la carte d'assurance maladie du Québec.