



## FICHE SANTÉ – SECTEUR JEUNE 2017-2018

**COMMISSION SCOLAIRE DES PHARES**

École : \_\_\_\_\_ Niveau de scolarité en 2017-2018 : \_\_\_\_\_

**CENTRE DE LA PETITE ENFANCE :** \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION du jeune :

**NOM :** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM :** \_\_\_\_\_

Adresse principale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

**SI UN CHANGEMENT SURVIENT DANS L'ÉTAT DE SANTÉ AU COURS DE LA PROCHAINE ANNÉE SCOLAIRE, IL EST DE VOTRE RESPONSABILITÉ D'EN AVISER L'ÉCOLE OU LE CPE DÈS QUE POSSIBLE.**

### Personne à joindre en cas d'urgence :

#### MÈRE

#### PÈRE

#### AUTRE

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél. maison : \_\_\_\_\_ Tél. maison : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_ Tél. maison : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Établissement de santé : \_\_\_\_\_ Adresse : \_\_\_\_\_

Afin d'assurer la sécurité des enfants et des élèves, l'école ou le CPE doit être informé des problèmes qui **PEUVENT NÉCESSITER UNE INTERVENTION D'URGENCE** (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète ou tout autre problème de santé).

L'enfant ou l'élève a-t-il un problème de santé? Oui  **S.V.P., REMPLIR LE VERSO ET SIGNER**  
Non  **S.V.P., SIGNER SEULEMENT (AU VERSO DE LA FICHE)**

(Suite au verso)

**ALLERGIE SÉVÈRE :** alimentaire  oui, à quoi? : \_\_\_\_\_  
 non  
piqûre d'insecte  oui, lequel? : \_\_\_\_\_  
 non

Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Cette allergie nécessite-t-elle une injection d'adrénaline Épipen ou Allerject prescrite par un médecin?  
 oui Si oui, portez-vous votre auto-injecteur sur vous ?  oui Si oui, où? \_\_\_\_\_  
 non Si non, où? \_\_\_\_\_

non

A-t-il une prescription de médicament pour diminuer ses symptômes?  oui Lequel? : \_\_\_\_\_  
 non

**DIABÈTE :**  oui  non

Prend-il un médicament? :  oui  non Si oui, lequel? : \_\_\_\_\_

Prend-il de l'insuline? :  oui  non Si oui, laquelle? : \_\_\_\_\_

**Quand? :** \_\_\_\_\_

Médicament à l'école ou au CPE :  oui  non Si oui, lequel? : \_\_\_\_\_

Quels sont les symptômes associés? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ASTHME :**  oui  non

Prend-il un médicament? :  oui  non Si oui, lequel? : \_\_\_\_\_

Quels sont ses symptômes de détérioration? : \_\_\_\_\_

**AUTRES : Y a-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une INTERVENTION D'URGENCE À L'ÉCOLE OU AU CPE?**

Épilepsie :  oui  non Médicament : \_\_\_\_\_

Insuffisance rénale :  oui  non Médicament : \_\_\_\_\_

Insuffisance cardiaque :  oui  non Médicament : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**AUTORISATION**

**J'autorise le CPE ou la Commission scolaire des Phares à transmettre au personnel du CISSS du Bas-Saint-Laurent, dont les fonctions l'exigent, les informations mentionnées ci-dessus. Le personnel du CISSS pourra procéder aux interventions nécessaires auprès des écoles ou du CPE. Il pourra aussi me transmettre l'information sur les programmes préventifs de vaccination et d'hygiène dentaire.**

**Cette autorisation sera valide pour la prochaine année scolaire.**

**J'accepte :**  **Je refuse :**

\_\_\_\_\_  
Signature du parent, du tuteur ou du jeune de 14 ans et plus \_\_\_\_\_  
Date