

FICHE SANTÉ – SECTEUR JEUNE 2018-2019

COMMISSION SCOLAIRE DES PHARES

École : _____ Niveau de scolarité en 2018-2019 : _____

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 : _____

Courriel : _____ Courriel : _____ Courriel : _____

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