

FICHE SANTÉ 2024-2025

École prévue en septembre 2024: _____ Niveau de scolarité prévu en septembre 2024: _____

IDENTIFICATION DU JEUNE :

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____
 Adresse principale : _____ Ville : _____ Code postal : _____
 Date de naissance : _____
 ANNÉE MOIS JOUR
 NUMÉRO DE CELLULAIRE DU JEUNE (14 ANS ET PLUS): _____ ADRESSE COURRIEL DU JEUNE : _____

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

PERSONNES À JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

	PARENT 1	PARENT 2	AUTRE (LIEN) : _____
Nom :			
Prénom :			
Tél. maison :			
Tél. travail :			
Cellulaire :			
Courriel :			

Le jeune souffre-t-il d'un problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école :

non oui

ALLERGIE SÉVÈRE NÉCESSITANT UNE INJECTION D'ADRÉNALINE (ÉPIPEN/ALLERJECT/EMERADE)

Alimentaire (à quoi?) : _____ Piqûre d'insecte (lequel?) : _____
 Autre (préciser) : _____ **Porte-t-il son auto-injecteur sur lui?** non oui **où?** _____

DIABÈTE Doit-il prendre une médication à l'école? non oui Si oui, laquelle ?

A-t-il une médication d'urgence? non oui BAQSIMI (intra-nasal) GLUCAGON (injectable)

ASTHME Pourrait-il avoir besoin d'une pompe de secours à l'école? non oui Est-il autonome pour la prise de sa pompe? :

non oui

ÉPILEPSIE Prend-il un médicament? non oui Prend-il un médicament d'urgence en cas de convulsions? : non oui

Si oui, lequel? _____

AUTRES : Le jeune souffre-t-il d'un autre problème de santé? non oui Préciser : _____

Est-ce que ce problème de santé pourrait nécessiter une intervention d'urgence à l'école? non oui Préciser : ? _____

Le jeune prend-t-il de la médication sur une base régulière: non oui Si oui, laquelle? : _____

Est-ce que la médication doit-être prise durant les heures de classe ou du service de garde scolaire? non oui

Est-il autonome pour la prise son médicament? : non oui

AUTORISATION

J'autorise les intervenants du CISSS du Bas-Saint-Laurent, dont les fonctions l'exigent, à transmettre les informations mentionnées dans cette fiche au personnel désigné du Centre de services scolaire des Phares. Celui-ci pourra procéder aux interventions nécessaires auprès du jeune au besoin.

Cette autorisation sera valide pour tout le cheminement scolaire.

J'accepte

Je refuse

Signature de l'utilisateur ou de l'autorité parental

Date