



École Saint-Albert-le-Grand  
 5050, 18<sup>e</sup> Avenue  
 Montréal (Québec) H1X 2N9  
 Téléphone : 514 596-4008  
 Télécopieur : 514 596-4009

# Fiche urgence-santé 2014-2015

## Renseignements généraux

Nom (élève) : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_  
 Prénom : \_\_\_\_\_ Groupe : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Langue parlée à la maison : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
 Sexe : F  M  Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

N° d'assurance maladie : | | | | | | | | | | | | | | | Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois

L'enfant demeure chez  père  mère ou  autres

**Pour vous rejoindre au besoin ou en cas d'urgence :**

MÈRE	PÈRE
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
☎ rés. : _____	☎ rés. : _____
☎ trav. : _____	☎ trav. : _____
☎ cell. : _____	☎ cell. : _____
Courriel : _____	Courriel : _____
AUTRE	AUTRE
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
☎ rés. : _____	☎ rés. : _____
☎ trav. : _____	☎ trav. : _____
☎ cell. : _____	☎ cell. : _____

Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école** (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).

Est-ce que l'élève présente un tel problème de santé ? Oui  Si oui, remplir le verso  
 Non

S.v.p. aviser l'école de tout changement pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.

**\* la fiche doit être remplie obligatoirement à chaque année par le parent.**

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

# Fiche urgence-santé 2014-2015



## 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  Non
- Piqûres d'insectes : Oui  Non
- Autre : Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Médicament d'urgence : Oui  Non  Épipen : Oui  Non   
Autre : \_\_\_\_\_

DIABÈTE : Oui  Non

Médicament d'urgence : Oui  Non  Lequel ? : \_\_\_\_\_

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  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Recommandation médicale d'urgence : Oui  Non

Précisez : \_\_\_\_\_

J'autorise l'infirmière du CLSC 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.

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

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