



Nom et prénom de l'élève: _____ Niveau: _____

Numéro d'assurance maladie : _____ Date de naissance : _____

Date expiration: _____ Tél.Maison: _____

Parents (tuteur): _____ Tél.Travail: _____

Cell.père: _____ Cell.mère: _____ Cell.tuteur: _____

URGENCE : Si nous sommes dans l'impossibilité de vous rejoindre, à qui devons-nous nous référer ?

Nom et prénom : _____ Lien de parenté: _____ Tél.:() _____

Cel.:() _____

Nom du médecin de famille : _____ Tél.:() _____

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, l'école doit être informée des problèmes de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école.

INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Votre enfant souffre-t-il:

épilepsie oui non

handicap oui non

hémophilie oui non

troubles cardiaques oui non

asthme oui non

Si oui, votre enfant est-il autonome pour la prise de sa pompe? oui non

ALLERGIES: oui non

préciser: _____

ÉPIPEN: oui non

AUTRES: _____

Date d'expiration: _____

DIABÈTE: oui non

préciser: _____

GLUCAGON: oui non

Autre (maladie chronique, prothèse auditive ou visuelle, etc...)

Autre problème connu pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école.

Votre enfant doit-il prendre obligatoirement des médicaments à l'école (traitement particulier) ? oui non

SI OUI, REMPLIR LE FORMULAIRE D'AUTORISATION AU VERSO

(N.B. AUCUN MÉDICAMENT N'EST FOURNI PAR L'ÉCOLE).

Autre : _____

En cours d'année, si l'état de santé de votre enfant se modifiait, il est de votre responsabilité d'aviser la direction. Il est à noter que certains renseignements seront divulgués aux personnes (infirmière ou membres du personnel de l'école) qui pourraient intervenir auprès de votre enfant.

AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS À DONNER LES PREMIERS SECOURS

J'autorise l'école à donner les premiers secours à enfant (selon les politiques établies à la commission scolaire).

oui non

Signature du parent ou tuteur: _____ Date: _____

Veillez retourner ce formulaire à l'école. Merci.

Autorisation pour distribuer ou administrer un médicament prescrit

Médication

Médecin traitant: _____ Téléphone: _____

Raison de la prise de médicament: _____

Durée du traitement: _____ Mode de conservation: réfrigéré Oui Non

Effets secondaires prévisibles: _____

Nom du médicament :

Posologie (quantité) :

Heure :

Raison de la prise de médicament: _____

Durée du traitement: _____ Mode de conservation: réfrigéré Oui Non

Effets secondaires prévisibles: _____

Nom du médicament :

Posologie (quantité) :

Heure :

Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament:

Cochez la situation qui concerne votre enfant:

- Distribuer le médicament (élève capable de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis)
- Administrer le médicament (élève incapable de prendre lui-même son médicament, la personne désignée doit lui administrer)

Par la présente,

1. Je reconnais avoir pris connaissance des recommandations concernant la distribution ou l'administration à l'école de médicaments prescrits.
2. Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde ne possède pas de formation médicale.
3. Je m'engage à remettre le médicament dans le contenant reçu du pharmacien avec l'étiquette faisant preuve d'ordonnance, à renouveler la prescription au besoin et à reprendre le médicament dès qu'il n'est plus requis à l'école ainsi qu'à la fin de l'année scolaire.
4. Je m'engage à informer le personnel de l'école et du service de garde de toute modification aux indications précédentes en fournissant la nouvelle prescription du médecin ou l'étiquette de la pharmacie.
5. J'autorise, la ou les personnes désignées par la direction d'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

Signature du parent ou tuteur: _____

Date: _____