



**OBLIGATION DE COMPLÉTER**

**FICHE SANTÉ SCOLAIRE**

**Année scolaire : 2025-2026**

**Renseignements personnels**

École : \_\_\_\_\_ Niveau : \_\_\_\_\_ # d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : (an) \_\_\_\_ / (mois) \_\_\_\_ / (jour) \_\_\_\_  
 Téléphone (maison) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Autres (cell./travail) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Présente-t-il de l'asthme :** Oui  **Si oui, précisez :** À l'effort  Lors de rhume et grippe  Non   
 Doit-il prendre des inhalateurs (pompes) à l'école : Oui  **Si oui, lesquels :** \_\_\_\_\_ Non   
 Les prend-t-il (pompes) Seul  Sous supervision  À quel moment? \_\_\_\_\_  
 Où se trouve la médication à l'école? \_\_\_\_\_  
 Des mesures particulières doivent-elles être mises en place, spécifiez \_\_\_\_\_

**Présente-t-il du diabète :** Oui  Non   
 Si oui, l'infirmière vous contactera afin de planifier une rencontre pour compléter un protocole d'intervention avant l'entrée scolaire.

**Présente-t-il des allergies :** Oui  **Si oui, lesquelles? :** \_\_\_\_\_ Non   
 Doit-il prendre des médicaments à l'école : Oui  **Si oui, lesquels? :** \_\_\_\_\_ Non

**Pour les jeunes qui ont de l'adrénaline injectable à l'école (ÉpiPen), il est fortement suggéré que le jeune transporte toujours avec lui son auto-injecteur afin de pouvoir agir le plus rapidement possible.**

**Présente-t-il un autre problème de santé** pouvant nécessiter une intervention particulière à l'école?  
 (Épilepsie, trouble cardiaque, handicap, TDAH, problème de saignement) Oui  Non

**Si oui, précisez :** \_\_\_\_\_  
 Doit-il prendre des médicaments à l'école : Oui  **Si oui, lesquels? :** \_\_\_\_\_ Non   
 Les prend-t-il (médicaments) Seul  Sous supervision  À quel moment? \_\_\_\_\_  
 Où se trouve la médication à l'école? \_\_\_\_\_  
 L'enfant a-t-il eu des traitements dentaires sous anesthésie générale dans la dernière année : Oui  Non

**Autorisation**

Si un changement survenait dans l'état de santé de votre enfant, s'il vous plaît, en informer le service de santé de l'école.  
 Par la présente, j'autorise l'infirmière, l'hygiéniste dentaire et tout autre personnel autorisé de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



**OBLIGATION DE COMPLÉTER**

**Suite :**

**FICHE SANTÉ SCOLAIRE**

Veillez inscrire 3 contacts en cas d'urgence par ordre de priorité :

1- Nom \_\_\_\_\_ . Lien \_\_\_\_\_ No tél. : \_\_\_\_\_

2 - Nom \_\_\_\_\_ . Lien \_\_\_\_\_ No tél. : \_\_\_\_\_

3 - Nom \_\_\_\_\_ . Lien \_\_\_\_\_ No tél. : \_\_\_\_\_