

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2014-2015
--

1. Renseignements généraux

ENFANT		
Nom	Prénom	Groupe
Adresse		Code postal
Date de naissance		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Numéro d'assurance maladie		Date d'expiration :
POUR VOUS REJOINDRE AU BESOIN OU EN CAS D'URGENCE		
Mère	Nom de famille : _____ Prénom : _____	Tél. au domicile : _____ Cellulaire : _____ Tél. au travail : _____
Père	Nom de famille : _____ Prénom : _____	Tél. au domicile : _____ Cellulaire : _____ Tél. au travail : _____
Autre personne à contacter en cas d'urgence	Nom de famille : _____ Prénom : _____	Lien de parenté : _____ Téléphone : _____ Cellulaire : _____

2. Informations sur la santé de l'élève

Votre enfant a-t-il un problème de santé important ? (ex diabète, épilepsie, asthme, problème cardiaque, etc) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lesquels : _____
Quel est le nom du médecin traitant ? _____
L'enfant prend-il des médicaments ? (ex. : ventolin, ritalin, insuline, etc.) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lesquels : _____ Quand : _____
L'enfant est-il suivi par un professionnel ? (ex. : orthophoniste, optométriste, etc.) Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lesquels : _____

3. Allergies

Votre enfant a-t-il des allergies sévères ?				
Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>			
Lesquels :	-arachides <input type="checkbox"/>			
	-noix <input type="checkbox"/>			
	-œufs <input type="checkbox"/>			
	-piqûres d'insectes <input type="checkbox"/>			
	-autres : _____			
Quelles sont les réactions allergiques de votre enfant ? _____				

L'enfant doit-il prendre l'Epipen ?	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Maison <input type="checkbox"/>	École <input type="checkbox"/>
Si oui, où est gardé l'Epipen ? _____				
Date d'expiration : _____				

4. Éducation physique

Votre enfant peut-il participer au cours d'éducation physique ?	
Oui <input type="checkbox"/>	
Non <input type="checkbox"/>	Un certificat médical récent est exigé pour tout exemption d'éducation physique.

5. Autorisation

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. Les frais de transport, en cas d'urgence, seront à la charge des parents (le formulaire d'assurance accident remis au début septembre, couvre ces frais).	
_____	_____
Signature d'un parent ou tuteur	date : année / mois / jour

6. **IMPORTANT ADRESSE ÉLECTRONIQUE:**

Adresse électronique du père (e-mail address) _____

Adresse électronique de la mère (e-mail address) _____