

Année scolaire 2011-2012

NOM DE L'ENFANT : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE : \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_

ADRESSE PRINCIPALE : \_\_\_\_\_

ÉCOLE: \_\_\_\_\_ DEGRÉ: \_\_\_\_\_

### INFORMATION EN CAS D'URGENCE

Informations sur les personnes à rejoindre :

1) Nom du père : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone rés. : \_\_\_\_\_ bur. : \_\_\_\_\_

2) Nom de la mère : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone rés. : \_\_\_\_\_ bur. : \_\_\_\_\_

3) Autre personne à rejoindre en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone rés. : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

bur. : \_\_\_\_\_

En cas de fermeture d'urgence de l'école (tempête, bris...) coordonnées où l'enfant doit se rendre

1) Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone rés. : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### ÉTAT DE SANTÉ

**Votre enfant présente-t-il des problèmes de santé qu'il nous faut connaître afin d'assurer sa sécurité? Oui  Non**

Allergies  À quoi: \_\_\_\_\_ Réactions: \_\_\_\_\_

sévères Epipen : Oui  Non

Asthme  Léger  Modéré  Sévère

Diabète

Épilepsie

Troubles visuels  Porte-t-il des verres ou lentilles cornéennes? Oui  Non

Troubles auditifs  Porte-t-il un appareil? Oui  Non

Troubles de langage  Décrivez : \_\_\_\_\_

Déficit d'attention et/ou de concentration  Hyperactivité

Autres problèmes : \_\_\_\_\_

Médicaments ou recommandations: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**S.V.P., nous aviser de tout changement de santé de votre enfant au cours de l'année. Merci !**

En cas d'urgence (accident ou maladie subite), l'école prendra les mesures nécessaires afin de procurer les premiers soins et veillera au transport de mon enfant jusqu'au lieu de traitement, si cela s'avère nécessaire. Les informations contenues dans cette fiche seront accessibles uniquement au personnel de l'école et du CLSC dans l'exercice de leurs fonctions.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent, tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

POUR LA CLIENTÈLE PRÉSCOLAIRE ET POUR TOUT NOUVEL ARRIVANT, S.V.P. BIEN VOULOIR COMPLÉTER LE VERSO.

FICHE SANTÉ DES JEUNES

(Verso)

**À COMPLÉTER POUR LA CLIENTÈLE PRÉSCOLAIRE  
ET POUR TOUT NOUVEL ARRIVANT**

**FICHE DE VACCINATION**

**PAR CHOIX, mon enfant n'a reçu aucun vaccin**

DIPHTÉRIE, COQUELUCHE, TÉTANOS, HAEMOPHILUS, INFLUENZA TYPE B <sup>1</sup>		POLIOMYÉLITE	
Nom du vaccin	Date	Nom du vaccin	Date
2 mois			
4 mois			
6 mois			
18 mois			
Quadracel 4-6 ans			
ROUGEOLE - RUBÉOLE - OREILLONS (vaccin trivalent)		AUTRES VACCINATIONS	
Nom du vaccin	Date	Nom du vaccin	Date
12 mois			
18 mois			

<sup>1</sup> La vaccination contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'haemophilus influenza type B (Act-Hib) peut avoir été faite avec différents produits combinés ou séparément. Bien inscrire le nom du vaccin qui est inscrit dans le carnet de santé de votre enfant.

**RÉSERVÉ À L'INFIRMIÈRE**

Date	VISION CARTE SNELLEN						Remarques: Nom du test ...
	Sans lunette			Avec lunette			
	OD	OS	OU	OD	OS	OU	

Date	AUDITION		Remarques: Nom du test ...
	D normale G	D déficiente G	

**OBSERVATION DE L'INFIRMIÈRE**
