

FICHE DE SANTÉ Élèves de moins de 14 ans

CONFIDENTIEL

CLSC de Thetford Mines

Pour sa protection dans le milieu scolaire, nous vous recommandons d'avertir l'infirmière scolaire, responsable de son école, de tout changement dans son état de santé, pendant l'année scolaire.

1. IDENTIFICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Répondant : père et mère père mère tuteur

Niveau primaire : _____

Niveau secondaire : 1 2

Adaptation _____

Nom du père : _____ Prénom : _____ N° tél. : _____
RÉSIDENCE TRAVAIL

Cellulaire : _____

Nom de la mère : _____ Prénom : _____ N° tél. : _____
RÉSIDENCE TRAVAIL

Cellulaire : _____

Nom du tuteur : _____ Prénom : _____ N° tél. : _____
RÉSIDENCE TRAVAIL

Cellulaire : _____

En cas d'urgence, en l'absence des parents, qui devrions-nous rejoindre? Famille Ami Voisin Autre

NOM

LIEN

TÉLÉPHONE

2. ÉTAT DE SANTÉ

Allergie(s) sévère(s) nécessitant des soins médicaux d'urgence? OUI NON

Si oui, précisez :

Il doit recevoir de l'adrénaline par auto-injecteur OUI NON

Il a en sa possession un auto-injecteur OUI NON

Il doit prendre d'autres médicaments à l'école pour son (ses) allergie(s) sévère(s) OUI NON

Si oui, précisez :

AUTRES ALLERGIES? OUI NON

Si oui, précisez :

Aliments : _____

Animaux (lesquels); insectes (lesquels) : _____

Environnement (poussière, pollen, autre) : _____

Produits : _____

Médicaments, vaccins : _____

Il doit prendre des médicaments à l'école pour son (ses) allergie(s)? OUI NON

Si oui, précisez :

PROBLÈMES DE SANTÉ? OUI NON

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asthme avec pompe | <input type="checkbox"/> Épilepsie |
| <input type="checkbox"/> Pompe lors de rhume ou grippe | <input type="checkbox"/> Problème auditif (surdité) |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Énurésie (pipi au lit) |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec hyperactivité | <input type="checkbox"/> Problème neurologique |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention sans hyperactivité | <input type="checkbox"/> Troubles anxieux, dépression... |
| <input type="checkbox"/> Problème visuel : lunettes : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> au besoin seulement | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) – précisez : | |

Il (Elle) est suivi(e) régulièrement par un spécialiste pour un problème de santé? OUI NON

Si oui, précisez :

Il doit prendre des médicaments régulièrement? OUI NON

Si oui, précisez :

À la maison?

À l'école?

Recommandations concernant son problème de santé :

3. **ÉTAT VACCINAL**

Dans le but de le protéger contre certaines maladies contagieuses, nous désirons connaître son état vaccinal :

**NOUS FAIRE PARVENIR SON CARNET DE VACCINATION
SEULEMENT S'IL A ÉTÉ VACCINÉ À L'EXTÉRIEUR DU QUÉBEC.**

4. **DEMANDE DE CONSENTEMENT**

J'autorise l'infirmière du CLSC de Thetford Mines à fournir des informations au personnel concerné de l'école, si cela est jugé pertinent, pour son apprentissage et sa sécurité en milieu scolaire..... OUI NON

Signature

Date

Merci de votre collaboration!

L'infirmière en santé scolaire

CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET VALIDE POUR L'ANNÉE SCOLAIRE EN COURS. IL SERA CONSERVÉ AU SERVICE DE SANTÉ DE L'ÉCOLE.