

**Édifice Fatima**  
1800 Edmond-Guillet  
Marieville (Québec) J3M 1A4  
☎ (450)460-7461 📠 (450)460-2617  
✉ epnotredamedefatima@csdhr.qc.ca

Nom (élève) : \_\_\_\_\_ Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Enseignant : \_\_\_\_\_

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

Sexe : F  M  N°Assurance maladie | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(carte d'assurance maladie) Année Mois

**Pour vous rejoindre en cas d'urgence:**

PARENT-1	PARENT-2	AUTRE
Nom : _____	Nom : _____	Nom: _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Prénom : _____
Tél rés. : _____	& rés. : _____	& rés. : _____
& trav. : _____	& trav. : _____	& trav. : _____
&autre : _____	&autre : _____	&autre : _____

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, l'école doit être informée des problèmes de santé qui **peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école** (allergie sévère à certains aliments ou aux piqûres d'insectes, diabète ou autre).

**Est-ce que votre enfant présente un tel problème de santé?** OUI  **SI OUI, REMPLIR LE VERSO**

NON

S.V.P., **aviser l'école de tout changement** pouvant intervenir au cours de la présente année scolaire.

**N.B. Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises, au besoin, à l'infirmière et aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de votre enfant.**

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

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

**VOTRE ENFANT PRÉSENTE-T-IL UNE :**

	Oui	Non
✓ <b>ALLERGIE SÉVÈRE :</b> (nécessitant adrénaline)		
Alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piqûre d'insecte (abeille-guêpe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si oui,  
précisez : \_\_\_\_\_

**Auto-injecteur à l'école :** Oui  Non  Date d'expiration : \_\_\_\_\_

✓ **DIABÈTE :** Oui  Non

✓ **AUTRES :** Votre enfant présente-t-il un autre problème de santé pouvant **nécessiter une intervention d'urgence à l'école?**

Oui  Non

Si oui,  
précisez : \_\_\_\_\_

**J'autorise l'infirmière du CLSC à communiquer les informations inscrites ci-dessus aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence auprès de mon enfant et à le rencontrer pour lui parler des mesures de prévention.**

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

Signature du parent ou tuteur

***Espace réservé à l'infirmière***

Notes :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_