Centre de services scolaire des Chênes
Québec

# FICHE DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Année scolaire 2026-2027

| IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE | |
|---|---|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : | École : |
| Sexe à la naissance : ☐ Féminin ☐ Masculin | Groupe : |

| IDENTIFICATION – PARENT 1 | | | |
|---|---|---|---|
| Parent 1 : | ☐ Père ☐ Mère | | |
| Nom : | | Prénom : | |
| Téléphone (maison) : | | Cellulaire : | |
| Téléphone (travail) : | | | |

| IDENTIFICATION – PARENT 2 | | | |
|---|---|---|---|
| Parent 2 : | ☐ Père ☐ Mère | | |
| Nom : | | Prénom : | |
| Téléphone (maison) : | | Cellulaire : | |
| Téléphone (travail) : | | | |

| IDENTIFICATION – TUTEUR | | | |
|---|---|---|---|
| Nom : | | Prénom : | |
| Téléphone (maison) : | | Cellulaire : | |
| Téléphone (travail) : | | | |

## ÉTAT DE SANTÉ GÉNÉRAL

☐ **Mon enfant n'a aucun problème de santé**

→ Prendre note que vous devez ***signer*** la fiche de santé au verso, même si votre enfant n'a aucun problème de santé.

## ALLERGIE

☐ **Allergie sévère requérant un auto-injecteur**

Une allergie sévère à risque d'anaphylaxie excessive du système immunitaire à un allergène. Cette réaction pourrait s'avérer fatale si une injection d'épinéphrine n'est pas administrée rapidement.

Indiquer les allergène (s) (ex. : arachides, latex, amandes, noix, crevettes, piqûre d'abeilles, etc.) : _____

_____

☐ Type d'auto-injecteur prescrit par le médecin : _____

→ Pour les enfants ayant une allergie sévère requérant un auto-injecteur, **les parents s'engagent à fournir un auto-injecteur dont la date de péremption n'est pas échue et valide** pour toute l'année scolaire.

## DIABÈTE

☐ **Oui** ↓ ☐ **Non**, veuillez passer à la section suivante.

Si oui, veuillez indiquer quel type d'insuline : ☐ Injection ☐ Pompe extracorporelle ☐ Autre

## ASTHME AVEC PRISE DE MÉDICATION ET SUIVI MÉDICAL RÉGULIER

☐ **Oui** ↓ ☐ **Non**, veuillez passer à la section suivante

Médication avec posologie (dosage) : _____

Nécessité d'en prendre à l'école : ☐ Oui ☐ Non

*MAJ : 2025-11-05*

## PROBLÈME CARDIAQUE AVEC SUIVI MÉDICAL

☐ **Oui** ↓ ☐ **Non**, veuillez passer à la section suivante

Diagnostic médical (joindre une preuve médicale) : _____

Médication avec posologie (dosage) : _____

Nécessité d'en prendre à l'école : ☐ Oui ☐ Non

## ÉPILEPSIE AVEC MÉDICATION QUOTIDIENNE

☐ **Oui** ↓ ☐ **Non**, veuillez passer à la section suivante

Nom du médicament et la posologie (dosage) : _____

Date de la dernière crise d'épilepsie :

Nécessité d'en prendre à l'école : ☐ Oui ☐ Non

Médication d'urgence : ☐ Oui, posologie : _____ ☐ Non

## AUTRES PROBLÈME DE SANTÉ

☐ **Oui** ↓ ☐ **Non**, veuillez passer à la section suivante

Diagnostic médical : _____

## MÉDECIN TRAITANT

Nom du médecin traitant (médecin de famille) : _____

Nom du médecin spécialiste, s'il y a lieu : _____

## SIGNATURE

J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et je m'engage à informer la direction de l'école de toute modification de l'état de santé de mon enfant pouvant survenir au cours de la présente année scolaire.

J'autorise la direction de l'école (ou son représentant) à prendre les mesures appropriées incluant celles ou les parents ou le représentant légal (tuteur) doivent en assumer les couts (ex. le transport ambulancier).

J'autorise la direction de l'école à afficher, la photographie de mon enfant sur la liste correspondant à son problème de santé. De plus, j'accepte que ces renseignements soient affichés dans un ou des endroits facilement accessibles pour une consultation par le personnel de l'école. J'accepte que la direction de l'école transmette les renseignements au personnel concerné du CIUSSS MCQ (infirmière scolaire, hygiéniste dentaire, médecin et personnel lié à la vaccination scolaire) et informe le transport scolaire de l'état de santé de mon enfant, si pertinent.

Signature _____ Date : _____

(PARENT OU REPRÉSENTANT LÉGAL) AAAA/MM/JJ

**À DÉPOSER AU DOSSIER SCOLAIRE DE L'ÉLÈVE**