

**Centre de services scolaire de Saint-Hyacinthe
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est**

Nom: _____ (élève)	Prénom: _____	Niveau scolaire : _____ (en septembre)
Date de naissance: _____	Sexe: _____	Groupe repère : _____ (si connu)

POUR VOUS JOINDRE EN CAS D'URGENCE, S.V.P. NOUS INDIQUER VOS DIFFÉRENTS NUMÉROS DE TÉLÉPHONE :

NOM (parent, tuteur, autre)	Lien avec l'enfant	Téléphone résidence	Téléphone travail	Cellulaire
1.				
2.				
3.				

En cas d'urgence, qui doit-on joindre en premier? : _____

**** En cas d'urgence, et si personne ne peut être joint, votre enfant pourrait être dirigé vers un centre hospitalier. ****

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

EST-CE QUE VOTRE ENFANT PRÉSENTE UN TEL PROBLÈME DE SANTÉ?

• **ALLERGIE SÉVÈRE**

Non Oui Laquelle ou lesquelles: _____

Médicament d'urgence prescrit Non Oui Lequel: _____

• **DIABÈTE**

Non Oui

Médicament d'urgence prescrit Non Oui Lequel: _____

• **AUTRES**

Votre enfant présente-t-il **un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence particulière à l'école?** (ex : asthme sévère avec médication ou limitation, problème cardiaque nécessitant intervention ou conduite particulière à l'école, etc...)

Non Oui Si oui, précisez: _____

N.B. Les informations apparaissant sur cette fiche seront transmises à l'infirmière. Après évaluation et si cela s'avère nécessaire, elle transmettra ces informations aux membres du personnel de l'école qui pourraient intervenir en cas d'urgence auprès de votre enfant.

Signature (parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus)

Date

S.V.P. AVISER L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT POUVANT SURVENIR AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE

Réservé à l'infirmière : PLAN FAIT : Non Oui

Date

Initiales