

Nom et prénom de l'élève: \_\_\_\_\_

Fiche: \_\_\_\_\_ Classification: \_\_\_\_\_ Gr-repères: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Ordre d'ens.: \_\_\_\_\_

Répondant: \_\_\_\_\_

Adr. de l'élève: \_\_\_\_\_ Téléphone Répondant Princ.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Cellulaire répondant: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**URGENCE :** Si nous sommes dans l'impossibilité de vous rejoindre, à qui devons-nous nous référer ?

Nom et prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté: \_\_\_\_\_

Tél.: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Nom du médecin de famille : \_\_\_\_\_ Tél.: \_\_\_\_\_

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, l'école doit être informée des problèmes de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école.

**INFORMATIONS RELATIVES À LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE**

Votre enfant souffre-t-il:

épilepsie oui  non

handicap oui  non

hémophilie oui  non

troubles cardiaques oui  non

asthme avec pompe oui  non

Si oui, votre enfant est-il autonome pour la prise de sa pompe? oui  non

ALLERGIES: oui  non

préciser: \_\_\_\_\_

ÉPIPEN: oui  non

AUTRES: \_\_\_\_\_

Date d'expiration: \_\_\_\_\_

DIABÈTE: oui  non

préciser: \_\_\_\_\_

GLUCAGON: oui  non

Si vous avez coché oui ci-haut, précisez le besoin de votre enfant à l'école.

Autre problème ou maladie connu(e) pouvant nécessiter une intervention à l'école.

Votre enfant doit-il prendre obligatoirement des médicaments à l'école (traitement particulier) ? oui  non

SI OUI, REMPLIR LE FORMULAIRE D'AUTORISATION AU VERSO

**(N.B. AUCUN MÉDICAMENT N'EST FOURNI PAR L'ÉCOLE).**

Autre : \_\_\_\_\_

En cours d'année, si l'état de santé de votre enfant se modifiait, il est de votre responsabilité d'aviser la direction. Il est à noter que certains renseignements seront divulgués aux personnes (infirmière ou membres du personnel de l'école) qui pourraient intervenir auprès de votre enfant.

**AUTORISATION DES PARENTS OU TUTEURS À DONNER LES PREMIERS SECOURS**

J'autorise l'école à donner les premiers secours à mon enfant (selon les politiques établies à la commission scolaire).

oui  non

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

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

**Veillez retourner ce formulaire à l'école. Merci.**

**Autorisation pour distribuer ou administrer un médicament prescrit par le médecin et  
fourni par le parent/ tuteur.**

**Médication**

Médecin traitant: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Raison de la prise de médicament: \_\_\_\_\_

Durée du traitement: \_\_\_\_\_ Mode de conservation: réfrigéré  Oui  Non

Effets secondaires prévisibles: \_\_\_\_\_

Nom du médicament :

Posologie (quantité) :

Heure :

Raison de la prise de médicament: \_\_\_\_\_

Durée du traitement: \_\_\_\_\_ Mode de conservation: réfrigéré  Oui  Non

Effets secondaires prévisibles: \_\_\_\_\_

Nom du médicament :

Posologie (quantité) :

Heure :

Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament:

**Cochez la situation qui concerne votre enfant:**

- Distribuer le médicament (élève capable de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis
- Administrer le médicament (élève incapable de prendre lui-même son médicament, la personne désignée doit lui administrer)

Par la présente,

1. Je reconnais avoir pris connaissance des recommandations concernant la distribution ou l'administration à l'école de médicaments prescrits.
2. Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde ne possède pas de formation médicale.
3. Je m'engage à remettre le médicament dans le contenant reçu du pharmacien avec l'étiquette faisant preuve d'ordonnance, à renouveler la prescription au besoin et à reprendre le médicament dès qu'il n'est plus requis à l'école ainsi qu'à la fin de l'année scolaire.
4. Je m'engage à informer le personnel de l'école et du service de garde de toute modification aux indications précédentes en fournissant la nouvelle prescription du médecin ou l'étiquette de la pharmacie.
5. J'autorise, la ou les personnes désignées par la direction d'école, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

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

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