



Municipalité de Saint-Octave-de-Métis
201-A, rue de l'Église
Saint-Octave-de-Métis (Québec) G0J 3B0
Téléphone : 418-775-2996
Télécopieur : 418-775-0099

Fiche urgence-santé - École des Cheminots des Quatre-Vents

Service de Surveillance Scolaire 2022-2023

En cas d'urgence, Geneviève Joubert au 418-509-4742

Identification de l'élève : _____ Groupe scolaire : _____

Prénom et nom : _____ Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon

Adresse : _____

Date de naissance : (aaaa-mm-jj) _____

N° d'assurance maladie : _____ Date d'expiration : _____

Tuteur/Tutrice 1	Tuteur/Tutrice 2	Autre personne
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Nom :	Nom :	Nom :
Lien :	Lien :	Lien :
Tél.:	Tél.:	Tél. :
Tél. :	Tél. :	Tél. :
Courriel :	Courriel :	Courriel :

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 ☐ Non

Si oui, veuillez compléter le verso

Avisez l'école de tout changement pouvant survenir au cours de la présente année scolaire.

Si votre enfant doit prendre une médication sur une base régulière, veuillez annexer à cette fiche la liste des médicaments, advenant un appel aux services ambulanciers.

J'autorise l'infirmier(ère) et le personnel de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche, ainsi qu'à faire évaluer par l'infirmière l'état de santé de mon jeune de 14 ans et moins si l'école en fait la demande (Exemple : pédiculose, malaises ou signes d'infections).

Signature d'un tuteur : _____ Date : _____ 2022

Votre enfant pourrait-il être à risque de nécessiter des soins médicaux d'urgence tels que

Allergie sévère nécessitant une injection d'adrénaline

Alimentaire ☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non

Piqûre d'insecte ☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non

Autre ☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non

Médicament à l'école : Auto-injecteur : ☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non
☐ Autre : _____

Diabète : ☐ Oui ☐ Non

L'administration d'insuline est requise à l'école : ☐ Oui ☐ Non

☐ Stylo - ☐ Pompe - ☐ Autre, précisez : _____

Autres médicament à l'école : ☐ Oui _____ ☐ Non

Épilepsie : ☐ Oui (Médication à l'école? ☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non) ☐ Non

Autres (Exemple asthme, réaction allergique légère, etc.)

Votre enfant présente-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école?

☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non

Est-ce que votre enfant doit prendre un médicament durant les heures de cours?

☐ Oui, précisez : _____ ☐ Non

Il est recommandé que toute personne ayant une condition de santé particulière et nécessitant des soins d'urgence porte un bracelet de type *MedicAlert*.

Formulaire d'autorisation / Distribution de médicaments

Je demande à la responsable « du service de surveillance scolaire » de distribuer le médicament suivant à son enfant selon la posologie indiquée sur le flacon où figure son nom (prescription).

Nom de l'enfant :

Période du _____ au _____ Nom du médicament :

Dose : _____ Fréquence : _____ Heure : _____

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____