

Aux parents ou aux tuteurs,

Afin d'assurer la sécurité de votre enfant, nous vous demandons de nous rapporter par cette fiche santé tout problème particulier de santé. Si nécessaire, une infirmière communiquera avec vous pour établir un plan d'intervention. **IL EST OBLIGATOIRE DE COMPLÉTER TOUTES LES SECTIONS. S.V.P AVISER L'INFIRMIÈRE DE L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT AU NIVEAU DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE JEUNE POUVANT SURVENIR AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE.**

Nom, Prénom	Date de naissance
No d'assurance maladie	Date d'expiration

Liste complète des médicaments <b>*Aviser l'infirmierie, si votre jeune doit prendre de la médication sur les heures d'école et s'il a un médicament d'urgence de prescrit.</b>	Dose	Heure
<input type="checkbox"/>		

Important, indiquez le **POIDS** de votre enfant : \_\_\_\_\_ Taille (si disponible): \_\_\_\_\_

**PROBLÈMES DE SANTÉ**

**INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES OU TRAITEMENTS**

Allergie ou intolérance : (Aliments, médicaments, piqûres d'insectes ou autre)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	À quoi : Épipen oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Asthme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Diabète	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Épilepsie	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, inscrire la médication d'urgence à donner en cas de crise ➤
Maladie de la peau (ex: eczéma)	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Maladie du sang	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Problème cardiaque	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Trouble oral moteur ou de déglutition	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Shunt	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Valve anti-reflux	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

Autres problèmes de santé ou particularité : \_\_\_\_\_

Y a-t-il des restrictions pour les activités physiques, pour la piscine? Si oui, veuillez préciser: \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Intervenant(e) du CSSS : \_\_\_\_\_

et/ou du CRDITEDE : \_\_\_\_\_

## S.V.P AVISER L'INFIRMIÈRE DE L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT AU NIVEAU DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE JEUNE POUVANT SURVENIR AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Personne qui détient les droits légaux pour autoriser les soins de santé (si autre que les parents):

Nom : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

- Pour l'année scolaire 2022-2023, j'autorise l'infirmière et la secrétaire de transmettre aux membres du personnel, ainsi qu'au chauffeur d'autobus, qui travaillent auprès de mon enfant, les renseignements pertinents sur son état de santé.

Oui  Non

- J'autorise l'équipe des soins infirmiers ou la personne désignée par cette équipe à administrer le(s) médicament(s) prescrit(s) à mon enfant.

Oui  Non

- J'autorise le (la) pharmacien(ne) à transmettre à l'infirmière les informations concernant la médication de mon enfant afin d'assurer un suivi sécuritaire. Par exemple de demander à la pharmacie de nous faxer le profil pharmaceutique de votre jeune.

Oui  Non  Pharmacie et # téléphone: \_\_\_\_\_

- Autorisez-vous que l'on donne de l'acétaminophène (Tylenol) au besoin (fièvre, douleur) à votre enfant?

Oui  Non

**\*\*\*À l'école, nous disposons seulement de comprimés de Tylenol 325 mg pour adulte. Si votre jeune prend la médication sous forme de liquide, de comprimés à croquer, de comprimé pour enfant, de suppositoire ou que vous préférez l'ibuprofène (Advil ou Motrin), vous devrez le fournir à l'infirmier. À savoir nous faisons la conversion avec la charte selon le poids de votre jeune et son âge pour connaître la bonne dose à donner, d'où l'importance de nous indiquer le poids de votre jeune.**

Veillez indiquer la méthode d'administration qui convient le mieux à votre enfant:

- Peut avaler des comprimés  Suppositoire  
 Écrasé dans une compote  Par la gastrostomie

**EN CAS D'URGENCE:** Nous devons pouvoir rejoindre une personne responsable de l'élève en **tout temps.**

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_ Lien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du détenteur de l'autorité parentale

\_\_\_\_\_  
Date

**\*\*\*S.V.P AVISER L'INFIRMIÈRE DE L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT AU NIVEAU DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE JEUNE POUVANT SURVENIR AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE.**

**Pour joindre l'infirmier de l'école du Touret**  
**Téléphone 819-822-5577 # 15138**  
**Télécopieur 819-822-5310**