

Cette fiche fournit l'information de base sur l'état de santé de votre enfant. Ces renseignements nous permettrons d'assurer une intervention rapide et adéquate en cas d'urgence.  
Cette fiche est valable pour un an, elle doit être complétée au début de chaque année scolaire, et sera détruite à la fin de l'année scolaire.

**INFORMATIONS:**

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie de l'élève : \_\_\_\_\_

Niveau scolaire : \_\_\_\_\_

Adresse (description légale) : \_\_\_\_\_

**COORDONNÉES DU PARENT/TUTEUR** \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur, tutrice) :

Adresse (description légale):

Téléphone : Maison \_\_\_\_\_

Travail (mère, tutrice)

Travail (père, tuteur)

Cellulaire (mère, tutrice) \_\_\_\_\_

Cellulaire (père, tuteur) \_\_\_\_\_

**Coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence s'il est impossible de rejoindre les parents /tuteurs ,tutrices:**

Nom :

Téléphone:

Adresse (description légale) :

Les données personnelles sur ce formulaire sont recueillies en vertu de la section 33 c) de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (FOIPP).

Cette information ne sera utilisée que pour l'administration du traitement médical décrit ci-dessous. Si vous avez des questions concernant la cueillette ou l'utilisation de ces données, veuillez communiquer avec la coordinatrice FOIPP du Conseil scolaire du Nord Ouest au 780 624-8855.

**Afin d'assurer la sécurité de l'élève, l'école doit être informée des problèmes de santé qui peuvent nécessiter une intervention d'urgence à l'école**

**ALLERGIES**

Votre enfant souffre-t-il d'allergies graves pour lesquelles on lui a prescrit de l'adrénaline auto-injectable?

oui non

Si oui, à quoi est-il allergique ?

Porte-t-il un bracelet ou chaîne style MédicAlert ? oui non

Quelles réactions présente-t-il ? oui non

- Difficulté à avaler
- Plaques rouges sur le corps
- Nausées/vomissements
- Urticaire généralisée
- Difficulté à respirer
- Enflure des lèvres, de la langue, de l'intérieur de la bouche
- Perte de conscience

Autres signes observés :

**Veillez SVP faire parvenir à l'école une (1) photo récente de votre enfant s'il a un diagnostic d'allergie grave et compléter la fiche du plan d'urgence pour l'anaphylaxie et consulter la DA 316**

**ASTHME**

Votre enfant souffre-t-il d'asthme ? oui non

Qu'est-ce qui déclenche l'asthme ?

Rhume/grippe oui non

Allergie oui non

Autre(s) préciser

Doit-il garder un ou des médicaments en permanence à l'école ? oui non

**Si votre enfant a besoin de médicaments à l'école, veuillez suivre la DA 313**

**AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ**

**Votre enfant présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école ?** oui non

**Si oui, merci de donner des précisions sur le problème de santé :**

**CONDITIONS PRÉEXISTANTES SIMILAIRES AUX SYMPTÔMES DU COVID-19**

**Votre enfant a-t-il des conditions médicales préexistantes dont les symptômes pourraient ressembler à ceux de la Covid-19?**

Oui Non

**Si oui, quels sont les symptômes associés à la Covid-19 qui pourraient ressembler à ceux de cette(ces) condition(s)?:**

J'autorise le personnel responsable de l'école à prendre connaissance de l'information contenue dans la présente fiche.

J'autorise le personnel responsable de l'école à administrer à mon enfant les médicaments requis par son problème de santé et qui sont notés sur ce formulaire.

J'autorise la direction de l'école à prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence et à faire transporter mon enfant chez le médecin ou à l'hôpital le plus près s'il est impossible de nous rejoindre.

Je m'engage à **informer l'école s'il survient des changements concernant la condition de santé de mon enfant en cours d'année scolaire.**

Signature du parent ou tuteur  
(prénom et nom)

Date:

**IMPORTANT: VEUILLEZ SVP ENVOYER LE FORMULAIRE PAR COURRIEL À L'ADRESSE: [suzellebrault@csno.ab.ca](mailto:suzellebrault@csno.ab.ca)  
au plus tard le 28 août 2020**