

**ÉCOLE**

NOM DE L'ÉCOLE: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 TÉLÉPHONE ÉCOLE: \_\_\_\_\_ TÉLÉCOPIEUR: \_\_\_\_\_  
 ADRESSE COURRIEL DE L'ÉCOLE: \_\_\_\_\_  
 NOM DE LA DIRECTION: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE**

NOM ET PRÉNOM: \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ Légende : M - Masculin SEXE: \_\_\_\_\_  
 F - Féminin  
 X - Non-binaire  
 No DE FICHE: \_\_\_\_\_  
 CELLULAIRE DE L'ÉLÈVE: \_\_\_\_\_ COURRIEL: \_\_\_\_\_  
 NIVEAU SCOLAIRE POUR L'ANNÉE : \_\_\_\_\_

**RÉPONDANT**

Répondant 1  (Parents) Répondant 2  (Parents) Tuteur

NOM RÉPONDANT 1 : \_\_\_\_\_ NOM RÉPONDANT 2 : \_\_\_\_\_ NOM DU TUTEUR: \_\_\_\_\_  
 CELL. RÉPONDANT 1 : \_\_\_\_\_ CELL. RÉPONDANT 2 : \_\_\_\_\_ CELLULAIRE (tuteur): \_\_\_\_\_  
 COURRIEL RÉPONDANT 1 : \_\_\_\_\_ COURRIEL RÉPONDANT 2 : \_\_\_\_\_ COURRIEL (tuteur): \_\_\_\_\_

**SITUATION D'URGENCE**

En cas d'urgence et en l'absence des parents, quelle personne devons-nous appeler? (s.v.p. en aviser cette personne)

NOM: \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_

Si vous avez d'autres enfants qui fréquentent l'école, indiquez-le:

NOM ET PRÉNOM: \_\_\_\_\_ NOM ET PRÉNOM: \_\_\_\_\_

**NOTE: Les frais de transport par ambulance ou taxi sont à la charge de l'autorité parentale. Les parents détenant une assurance accident peuvent réclamer ces frais.**

**ADRESSES**

**ADRESSE DE L'ÉLÈVE (MEQ)**

Type d'adresse : \_\_\_\_\_

1-Père et mère 4-Tuteur  
 2-Père 5-Autre  
 3-Mère

NUMÉRO CIVIQUE \_\_\_\_\_ NOM DE LA RUE \_\_\_\_\_ APPARTEMENT \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE - Maison \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - Travail (répondant 1) \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE - Travail (répondant 2) \_\_\_\_\_

ENVOI (Réservé à l'école)  
    
 MELS Doc. Trsp.

**ÉTAT DE SANTÉ**

**AUCUN PROBLÈME DE SANTÉ**

Port de lunettes ou de lentilles cornéennes?

Allergie À quoi? \_\_\_\_\_

Auto-injecteur (Épipen)

Asthme Motif des crises: \_\_\_\_\_

Pompe à l'école

Diabète

Épilepsie

Déficit de l'attention Avec hyperactivité:  Médication: OUI \_\_\_\_\_

Autre problème: \_\_\_\_\_

Prend-t-il des médicaments autre que le déficit d'attention: OUI Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_

**AUTORISATIONS DES PARENTS**

Les informations contenues dans la fiche santé visent à assurer la santé et la sécurité de votre enfant dans ses activités scolaires, parascolaires et en cas d'urgence. L'infirmière et l'hygiéniste dentaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale affectées à l'école prendront connaissance des particularités de santé de votre enfant et vous contacteront au besoin pour compléter les informations recueillies. Celles-ci serviront à soutenir et à former le personnel scolaire et parascolaire (direction, personnel enseignant et personnel non enseignant, personnel du service de garde, personnel du transport scolaire et intervenant dans un contexte scolaire). POUR TOUT PROBLÈME DE SANTÉ, le personnel de l'école ou l'infirmière scolaire communiquera d'abord avec le titulaire de l'autorité parentale sinon la personne indiquée en cas d'urgence. Conformément à l'article 65 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, le Centre de services scolaire de Portneuf vous informe que les renseignements nominatifs qu'elle vous demande par la présente sont confidentiels et qu'ils serviront à prendre des mesures d'urgence à propos de votre enfant. J'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, à tout le personnel du milieu scolaire, les informations que comprend la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires et à dispenser les premiers soins. Pour les parents d'enfant de plus de 14 ans, il est important de savoir que selon l'article 14 du Code civil du Québec (CCQ 1991 c64 a14), le mineur de 14 ans ou plus peut consentir seul aux soins requis par son état de santé. (<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/ccq-1991>).

Oui  Non  \_\_\_\_\_  
 Signature de l'autorité parentale Date

Sur référence des intervenants du milieu scolaire ou à la demande de mon enfant, j'autorise l'infirmière du CSSS à effectuer les interventions de santé jugées pertinentes.

Oui  Non  \_\_\_\_\_  
 Signature de l'autorité parentale Date