



INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE L'ÉLÈVE

Année scolaire 2024-2025

Nom de l'élève

DATE DE NAISSANCE

École

Enseignant

Classe

- Mon enfant n'a AUCUN problème médical, souci de santé ou besoin médical particulier à ce jour.**
 Mon enfant PRÉSENTE LES PROBLÈMES MÉDICAUX, soucis de santé et/ou besoins médicaux particuliers suivants :

TDAH/ADD	Diabète (type 1 ou 2)	Allergies saisonnières
Asthme	Allergies médicamenteuses	Anomalie congénitale
Allergie aux piqûres d'abeilles	Epilepsie/convulsions	Affection cardiaque
Cancer/Leucémie	Allergie au lait	Comportement/santé mentale
Paralysie cérébrale	Autres allergies alimentaires	Autres

Allergies (Veuillez indiquer les allergies alimentaires et médicamenteuses)

Autres conditions médicales (Veuillez indiquer toute condition médicale ou préoccupation non mentionnée ci-dessus)

Veuillez cocher les médicaments dont votre enfant pourrait avoir besoin à l'école (veuillez préciser si vous sélectionnez « autre »).

Benadryl	Inhalateur d'urgence	Alimentation par sonde
Epi-pen	Diastat	Cathétérisme
Insuline	Nayzilam	(Autres)
Glucagon (Baqsimi)	Valtoco	(Autres)

Veuillez préciser toute autre information relative à la santé de votre enfant

Je consens à partager ces informations avec le personnel du district, y compris les directeurs, enseignants, secrétaires et le personnel du service de restauration. J'autorise le personnel scolaire à échanger des informations avec les prestataires de soins de mon enfant par téléphone, fax, courriel ou par écrit afin de faciliter la coordination et la continuité des soins. Veuillez contacter l'infirmier(ère) scolaire pour discuter de toute préoccupation de santé ou de tout besoin médical particulier concernant votre enfant.

Médecin / Prestataire de soins de santé

Téléphone

Signature du parent/tuteur

Date

Numéro de domicile

Numéro de travail

Numéro de portable