

L'information sur ce formulaire doit être complétée (mise à jour) pour chaque nouvelle année scolaire.

Nom de l'étudiant : _____ Date de Naissance : ____ Sexe: M F
Nom de famille Prénom 2e prénom
 (Entourer le bon choix)

CONDITIONS MENAÇANT LE PRONOSTIC VITAL

ALERTE AUX PARENTS/TUTEURS/AIDANTS :

Si votre enfant a un problème de santé sérieux, il est essentiel que vous en discutiez **immédiatement avec l'infirmière de l'école.**

L'école **doit** être au courant de toutes les conditions **MENAÇANT LE PRONOSTIC VITAL** (par exemple allergie grave accompagnée de choc anaphylactique, diabète, asthme) **avant** le début de l'école.

Asthme Oui Non

Si oui, l'enfant utilise-t-il habituellement un inhalateur de secours pour ses symptômes d'asthme ? Oui Non

Allergie - grave, avec ordonnance d'Epi (par exemple : nourriture, piqûres d'insecte)

Pour quelle allergie le stylo d'Epi est-il utilisé ?

Diabète

Date de diagnostic : _____ Insulino-dépendant : Oui Non

Trouble convulsif

Allergie, **NE** menaçant pas le pronostic vital (**Pas d'ordonnance d'EpiPen**)

Allergènes : _____ Réactions : _____

Allergènes : _____ Réactions : _____

Soucis de l'ouïe Dispositif d'aide : Oui Non

Soucis de la vue Lunettes Lentilles de contacts

Veillez contacter l'infirmière de l'école si votre enfant doit prendre des médicaments à l'école ou pour toutes questions/soucis de santé sérieux.

Mon enfant **doit prendre** des médicaments à l'école

Mon enfant **n'a aucun** souci de santé actuellement

Autres conditions médicales/médicaments maison : _____

L'élève nommé ci-dessus a une assurance médicale Oui Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance : _____

Consentement éclairé des antécédents médicaux

La révélation de l'information médicale d'un étudiant au sein de l'école est limitée à l'information nécessaire pour servir la santé de l'étudiant ou son intérêt pédagogique. Votre signature donne la permission à l'infirmière d'informer le personnel scolaire des précautions et des procédures pour protéger votre enfant dans la salle de classe et pour stimuler son succès académique. Votre signature est un consentement éclairé afin de partager cette information d'antécédents médicaux avec le personnel de l'école en cas de nécessité absolue pour le succès académique et les plans de secours, tels que l'infirmière et le directeur le déterminent.

